REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 643 del 15/05/2017

Seduta Num. 18

Questo lunedì 15 **del mese di** maggio

dell' anno 2017 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA

la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Caselli Simona	Assessore
4) Corsini Andrea	Assessore
5) Costi Palma	Assessore
6) Gazzolo Paola	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Petitti Emma	Assessore
9) Venturi Sergio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Costi Palma

Proposta: GPG/2017/705 del 10/05/2017

Struttura proponente: DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: VICEPRESIDENTE E ASSESSORE ALLE POLITICHE DI WELFARE E POLITICHE ABITATIVE

Oggetto: PIANO SOCIALE E SANITARIO 2017-2019.

Iter di approvazione previsto: Delibera proposta alla A.L.

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- l'art. 1, comma 13 del D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni;
- il Piano sanitario Nazionale per il triennio 2006-2008;
- la legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- la L.R. 12 maggio 1994, n.19 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modificazioni ed in particolare l'art. 17, comma 1;
- la L.R. 23 dicembre 2004, n.29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale";
- la L.R. 12 marzo 2003, n. 2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e successive modificazioni ed, in particolare, gli artt. 19 e 27;
- la L.R. 30 luglio 2015 n. 13 "Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su città metropolitana di Bologna, province, comuni e loro unioni";
- la L.R. 15 luglio 2016 n. 11, in particolare l'art.11 che modifica l'articolo 27 della L.R. 2/2003 stabilendo in particolare:
    - al comma 1 "Il Piano regionale ha durata triennale e conserva efficacia fino all'entrata in vigore di quello successivo. Stabilisce gli indirizzi per la realizzazione e lo sviluppo del sistema integrato";
    - al comma 4 "Il Piano è adottato dall'Assemblea legislativa su proposta della Giunta, acquisiti i pareri del Consiglio delle Autonomie locali e della Conferenza regionale del terzo settore, sentite le organizzazioni sindacali";
- la deliberazione dell'Assemblea legislativa n.175/2008 con la quale si è approvato il Piano sociale e sanitario 2008-2010;
- la deliberazione dell'Assemblea legislativa n.117/2013 con la quale tra l'altro si è prorogata la validità del precedente Piano sociale e sanitario regionale per gli anni 2013 e 2014;

Considerato che:

- ai sensi dell'art. 28, comma 4, lett. d) dello Statuto della Regione Emilia-Romagna, compete all'Assemblea Legislativa regionale l'approvazione degli atti generali regionali di programmazione e di pianificazione economica, territoriale e ambientale;
- ai sensi dell'art. 46, comma 2 lett. d) dello Statuto medesimo,

compete alla Giunta la predisposizione del programma e dei piani della Regione;

Dato atto dell'ampio e articolato percorso di elaborazione, discussione, ascolto e confronto sul documento inerente il nuovo Piano, percorso che si è avvalso:

- del contributo di gruppi tecnici regionali integrati con professionisti degli Enti locali e delle Aziende sanitarie, e di operatori, volontari, cittadini, utenti, associazioni ed enti del terzo settore coinvolti in specifici incontri territoriali di area vasta;
- del lavoro istruttorio svolto in sede di Comitato tecnico di supporto alla Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali di cui all'art. 59 della L.R. 13/2015 sopra citata, e alla DGR 1443/2016 attuativa di tale articolo;
- della discussione e dell'elaborazione di indirizzi nella stessa Cabina di regia che ha valutato e approvato definitivamente, nella riunione del 3 aprile 2017, la proposta del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019;

Dato atto del parere favorevole espresso in merito alla proposta di Piano Sociale e Sanitario 2017-2019:

- dal Consiglio delle Autonomie locali, nella seduta del 3 aprile 2017;

- dalla Conferenza regionale del Terzo Settore, nella seduta del 20 marzo 2017, e tenuto conto delle osservazioni formulate dalla medesima;

Sentite le Organizzazioni sindacali, ai sensi dell'art. 27, comma 6, della L.R. n. 2/2003 e successive modificazioni;

Visti:

- il D.lgs 14 marzo 2013, n. 33 e ss.mm.;
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche;
- la delibera della Giunta regionale n. 89 del 30/01/2017, "Approvazione Piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019";
- la delibera della Giunta regionale n. 486 del 10/04/2017, "Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019";
- la delibera della Giunta regionale n. 468 del 10/04/2017, "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" ed in particolare gli artt. 21 e 22 dell'allegato;

Richiamate le proprie deliberazioni n. 2416 del 29 dicembre 2008, n.193/2015, n. 628/2015, n. 270/2016, n. 622/2016, n. 702/2016, n. 1107/2016, n.1681/2016 e n. 2344/2016;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute e della Vicepresidente e Assessore alle politiche di welfare e politiche abitative;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

1) di proporre all'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna di approvare, per quanto esposto in premessa, il Piano Sociale e sanitario regionale 2017-2019, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, ai sensi dell'art. 28, comma 4, lett. d) dello Statuto della Regione Emilia-Romagna;

2) di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa.

Piano sociale e sanitario 2017-2019

Indice

Premessa. Il nuovo Piano sociale e sanitario al centro dell'azione politica regionale

1. I cambiamenti del contesto dal 2008 ad oggi e i nuovi scenari socio-demografici e economici

2. Verso un welfare comunitario, dinamico e delle responsabilità

3. Gli attori istituzionali e sociali del sistema di welfare regionale. Lo stato dell'arte e le prospettive
3.1.Il contesto istituzionale di partenza
3.2.Finalità del piano riguardo ai livelli istituzionali di integrazione
3.3.Il rapporto tra i soggetti istituzionali e gli attori sociali pubblici e privati nella costruzione del welfare territoriale e comunitario
3.4.Il quadro dei servizi
3.5.Il quadro delle risorse finanziarie

4. Le aree di intervento trasversali
Premessa
A. Politiche per la prossimità e la domiciliarità
B. Politiche per la riduzione delle diseguaglianze e la promozione della salute
C. Politiche per promuovere l'autonomia delle persone
D. Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini
E. Politiche per la qualificazione e l'efficientamento dei servizi

5. Nuovi indirizzi per la programmazione territoriale

6. Attuazione e valutazione del Piano

Appendice A
I numeri del Servizio sanitario regionale e dei Servizi socio-sanitari, sociali e socio-educativi

Appendice B
Schema contenuto nel Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali del 4 maggio 2015 "Ripartizione delle risorse finanziarie afferenti il Fondo nazionale per le politiche sociali, per l'anno 2015"

Premessa. Il nuovo Piano sociale e sanitario al centro dell'azione politica regionale

Il nuovo Piano sociale e sanitario per il triennio 2017-2019 è uno degli strumenti più rilevanti dell'azione politica della Giunta regionale. È la leva e nello stesso tempo il motore di una nuova visione di welfare che a partire dalle tantissime cose buone del passato punta all'ammodernamento e al miglioramento dei nostri servizi rispetto a una società che negli ultimi anni è profondamente cambiata e che fa emergere con straordinaria velocità nuovi bisogni e nuove esigenze.
I precedenti PSSR hanno costruito l'architettura della rete dei servizi sociali e sanitari integrati, delineando un sistema di welfare universale, equo, partecipato, radicato nel territorio della Regione. Il precedente Piano socio-sanitario, quello del triennio 2008-2010, nasceva infatti quando ancora la più grande crisi economica e sociale del nostro paese dal secondo dopoguerra ad oggi non aveva dispiegato i suoi effetti e le sue conseguenze e quando ancora la ripresa dei primi anni 2000 portava con sé dinamiche positive del mercato del lavoro e dell'economia emiliano-romagnola.

L'aggiornamento del Piano, deliberato dall'Assemblea legislativa nel corso del 2013 per il biennio 2013-2014, aveva poi introdotto alcuni temi e problematiche connesse all'impatto della crisi, come l'aumento della povertà e dell'emarginazione sociale e aveva cercato di ricalibrare coerentemente gli interventi a vantaggio dei più vulnerabili, in primo luogo minori e adolescenti.

Ma è con il documento che qui presentiamo che la riflessione sugli effetti della crisi e sulle trasformazioni della società emiliano-romagnola diventa più ampia e composita. E che la scommessa dell'integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie diventa ancora più forte e ancora più operativa.

Un documento che vede, nel suo stesso formato, cambiamenti importanti; abbiamo snellito e semplificato la parte descrittiva e di indirizzo e abbiamo poi elaborato una serie di schede operative che riportano sia alcune sperimentazioni già avvenute e rilevatesi particolarmente efficaci sia servizi e iniziative in corso d'opera su cui si intende puntare con determinazione. In questo modo vogliamo rendere il Piano più usufruibile e accessibile a tutti; non solo agli addetti ai lavori, ma anche ai singoli cittadini che devono comprendere e capire con parole semplici e immediate ciò che la propria regione intende fare.

Si è poi deciso di non tenere separate le parti relative alle politiche sanitarie da quelle sociali; sarebbe infatti quasi un paradosso continuare a considerare in modo parcellizzato e frammentato gli sforzi e gli interventi che quotidianamente la Regione fa per rispondere in maniera coordinata ai bisogni che necessitano risposte socio-sanitarie. L'integrazione socio-sanitaria smetterà di essere solo uno slogan o una enunciazione di principio se effettivamente cominciamo a ragionare non più per compartimenti stagni ma in maniera trasversale sia sul piano degli operatori pubblici che mettono in atto gli interventi sia sui bisogni che provengono dai nostri cittadini.

Ma quali sono gli obiettivi strategici su cui si articola il nuovo Piano?
Sono almeno tre, quelli che hanno caratterizzato l'intero mandato della Giunta sul versante del welfare.

Il primo è quello della lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà. Parliamo qui di tre strumenti, nuovi e sperimentati a partire da questo mandato, che insieme dovranno fronteggiare le esigenze e

le domande di chi rischia di rimanere completamente tagliato fuori dal mercato del lavoro e dalla società attiva. La legge regionale sull'inclusione socio-lavorativa (L.R. 14/2015), la legge regionale sul Reddito di solidarietà (L.R. 24/2016) e l'attuazione del Sostegno per l'inclusione attiva introdotto dal governo costituiscono i tre pilastri di un nuovo modo di concepire i servizi, di far lavorare il personale e di costruire relazioni con gli utenti. In tutti e tre i casi vi sono equipe multi-professionali (cioè composte da personale del settore sanitario, sociale e del lavoro) chiamate a lavorare insieme, a prendere in carico e a rispondere con servizi unificati e progetti condivisi. Gli operatori delle Ausl, dei Servizi sociali e dei Centri per l'impiego dovranno essere in grado di farsi carico delle domande di servizio e ancora più importante di costruire percorsi di reinserimento sociale o lavorativo a misura del cittadino-beneficiario, il quale si impegna tramite un patto che vede diritti e doveri reciproci ad accettare le proposte di formazione e inclusione proposte dai servizi.

Come secondo obiettivo viene confermato il Distretto quale snodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria.
Il Distretto è l'ambito territoriale che orienta su un bacino specifico di popolazione la lettura dei bisogni e delle risorse e la programmazione degli interventi, ed è al tempo stesso l'attore istituzionale "composito" e complesso costituito dagli Enti locali associati nell'esercizio delle funzioni sociali e sociosanitarie e dall'Azienda Usl nella sua articolazione territoriale.
È la sede della regolazione, programmazione, verifica e realizzazione del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali. Ha l'obiettivo di coniugare le specificità locali con un governo delle politiche efficace e che ottimizzi le risorse. Tutti i nodi della rete istituzionale e dei servizi devono fare perno sull'ambito distrettuale (il Servizio sociale territoriale, l'Azienda pubblica di servizi alla persona, ecc.) proprio per realizzare adeguatezza gestionale, qualità ed integrazione dei servizi. Il quadro più ampio di riferimento è quello del territorio dell'Azienda Sanitaria locale e del livello di coordinamento politico della Conferenza territoriale sociale e sanitaria.
Circa la metà dei Distretti sono caratterizzati dalla presenza di Unioni della stessa estensione, come forma privilegiata per l'esercizio associato delle funzioni sociali e sociosanitarie degli Enti locali in quel territorio: è questo un patrimonio peculiare – nel panorama nazionale - della nostra regione, che le incentiva con una legge specifica e strumenti di settore. L'obiettivo strategico di questo PSSR sarà la coincidenza fra distretti socio sanitari ed Unioni, anche attraverso la piena attuazione della L.R.12/2013.

Il terzo obiettivo è quello di far nascere e sviluppare strumenti nuovi di prossimità e di integrazione dei servizi sanitari e sociali. Questo obiettivo assume particolare rilevanza nell'area della assistenza territoriale sia sanitaria che sociale per l'utenza che si connota come portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro, per l'utenza che alle caratteristiche sociosanitarie associa la previsione di lunga-assistenza e per la popolazione che ha bisogno di prestazioni socio sanitarie ad alta integrazione. Le Case della Salute in quanto fautrici di un modello integrato e multidisciplinare di intervento rappresentano un driver fondamentale dell'integrazione sociale e sanitaria, e possono essere sedi di sperimentazione di livelli di integrazione sociosanitaria negli ambiti previsti dalla D.G.R. 2128/2016, sulla base delle scelte della programmazione locale. Promuovono la medicina di iniziativa e la prevenzione sociale e sanitaria, valorizzano il ruolo dei MMG, dei PLS e delle professioni sanitarie e sociali, sollecitano un ruolo proattivo dell'utenza e della società civile.
Le Case della Salute si pongono come un punto di riferimento rivolto ai cittadini per l'accesso alle cure primarie, un luogo in cui si concretizza l'accoglienza e l'orientamento ai servizi, la continuità dell'assistenza, la gestione delle patologie croniche, l'integrazione con i servizi sociali ed il completamento dei principali percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali.

Il Piano persegue lo sviluppo delle Case della Salute e\o dei modelli organizzativi e culturali che le caratterizzano con l'obiettivo tendenziale di dare piena copertura a tutto il territorio regionale.

Obiettivo fondamentale è quello di perseguire il metodo della co-costruzione di un progetto di cura e di vita personalizzato sia per gli adulti che per i bambini e i giovani, attraverso lo strumento dell'unità di valutazione multidimensionale tra servizi sociali e sanitari. Tale progetto dovrà nascere in condivisione con la persona e con la sua famiglia rispetto agli obiettivi, alle azioni e agli impegni reciproci.

1. I cambiamenti del contesto dal 2008 ad oggi e i nuovi scenari socio-demografici ed economici

Le dinamiche della popolazione, gli indicatori della situazione economica e sociale

L'andamento demografico regionale dello scorso decennio è stato caratterizzato da una popolazione in continua e costante crescita, oltre il 7%. Tale crescita è quasi interamente dovuta ai cittadini stranieri, più che raddoppiati, a fronte di un +0,7% degli italiani. Nell'ultimo triennio il ritmo di crescita della popolazione è progressivamente rallentato.

Nel corso dell'ultimo anno esaminato[1], la popolazione residente nella nostra Regione è pari a 4 milioni 454 mila ab., con una crescita zero ed in controtendenza rispetto agli ultimi dieci anni (-0,06% rispetto al 2015), di cui 534.614 persone con cittadinanza non italiana (pari al 12%).
La causa prevalente del calo demografico è attribuita alla concomitanza di un basso livello di natalità con una mortalità quasi stabile, ed alla riduzione dei flussi migratori, che riescono appena a compensare il calo dovuto alla dinamica naturale.

I dati demografici ci presentano quindi una popolazione regionale che continua ad invecchiare (innalzamento dell'indice di vecchiaia, 175,5 nel 2016 contro 168 del 2012); in particolare la popolazione dei "grandi anziani", rappresentata dalle persone con più di 75 anni (560.835 persone), incide per il 12,6% sul totale dei residenti, ovvero oltre una persona su dieci.

Le conseguenze del processo di invecchiamento e l'inerzia dei processi demografici, sostanzialmente lenti e difficilmente modificabili nel breve e medio periodo, consentono di prevedere alcuni dati di scenario[2] fino al 2020. La **popolazione regionale crescerà a ritmi molto contenuti, e cambierà la sua composizione**: già oggi in Emilia-Romagna quasi un bambino su tre nasce da madre straniera. Si tratta di una trasformazione molto rilevante e strutturale della popolazione regionale, **sempre più eterogenea e multiculturale,** resa ancora più evidente dalla presenza di oltre 140 gruppi nazionali.

La diminuzione dei giovani (0-14 anni) sia in termini assoluti che relativi, prevista nel breve periodo dopo un decennio di crescita, ed i tassi di fecondità quasi costanti, sia per le donne italiane che straniere, rappresentano forse il dato più critico con implicazioni dirette sulla vitalità della regione e sulle politiche pubbliche.

[1] Gli ultimi dati diffusi dall'Ufficio di Statistica della Regione Emilia-Romagna considerati per l'analisi della dinamica demografica sono la Popolazione residente al 1° gennaio 2016 (Fonte: Regione ER), e i Bilanci demografici dei Comuni - Anno 2015 (Fonte: Istat).
[2] Fonte: Previsioni demografiche Mazzocchetti 2015 (RER), Progetto MMWD.

La struttura della **famiglia**, che riveste una funzione centrale all'interno del sistema di welfare, è stata interessata da mutamenti importanti negli ultimi venti anni.
La dimensione media delle famiglie si riduce progressivamente, passando da 2,41 componenti nel 2001 a 2,25 nel 2011, e si stima possa ridursi ulteriormente fino 2,14 componenti per famiglia al 2020[3].
Aumentano le famiglie unipersonali, che rappresentano oltre un terzo del totale: l'aumento riguarda sia gli italiani sia gli stranieri: per i primi si tratta principalmente di persone anziane, per i secondi si tratta soprattutto di giovani adulti. Complessivamente le famiglie composte da uno o due componenti rappresentano quasi i due terzi del totale, mentre si assiste ad una lenta e tendenziale riduzione delle coppie con figli che si accompagna alla diminuzione prevista dei nati, soprattutto da coppie italiane.
La riduzione della dimensione delle famiglie unitamente agli effetti della crescente mobilità delle persone, che le porta a vivere più o meno lontano dai luoghi di nascita e di discendenza, e delle mutazioni nella struttura per età e provenienza della popolazione regionale, convergono verso un accorciamento e uno sfilacciamento delle reti familiari in senso più ampio. Oltre un quinto delle famiglie regionali vede la presenza di una persona di 75 anni e oltre (1/4 tra le famiglie di italiani), anche se più della metà degli anziani vive solo. Meno dell'8% delle famiglie italiane e il 22,6% delle famiglie straniere vede la presenza di minori in età prescolare.
Per quanto riguarda il fenomeno della **mono genitorialità**, dall'ultimo censimento emerge come in Emilia-Romagna siano residenti oltre 82.100 nuclei familiari monogenitore con almeno un figlio minorenne. Di questi, circa 70.550 sono composti da madri sole con bambini e ragazzi. Questo dato, pari al 5,7% del totale dei nuclei familiari risulta in crescita rispetto a quello del censimento del 2001, quando si attestava sul 3,7%.
L'aumento dei nuclei familiari monogenitore avvenuto negli ultimi decenni è in parte spiegato dalla crescente instabilità coniugale, confermata dal trend in aumento delle separazioni registrate in Emilia-Romagna, passate da circa 405 separazioni nel 2007 a oltre 515 nel 2014 ogni 1.000 matrimoni.
Grava oggi sulle famiglie, strutturalmente più fragili, **un impegno sempre più elevato nei compiti di cura**, che si riversa particolarmente sulle donne. Nonostante la crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro, permangono ancora forti divari nella distribuzione dei carichi di lavoro domestico tra donne e uomini: le donne dedicano più tempo degli uomini al lavoro domestico e familiare, oltre 3 volte superiore a quello degli uomini[4]. In Emilia-Romagna le persone di età fra i 15 e i 64 anni che nel 2010 dichiarano di prendersi regolarmente cura di qualcuno (figli coabitanti minori di 15 anni, altri bambini, adulti disabili, malati o anziani) sono più di un milione e 100mila, pari al 40,2% della popolazione totale della fascia di età considerata.

La crisi ha prodotto un'ulteriore fragilità nelle famiglie e ha aumentato le difficoltà principalmente di quelle in cui il capofamiglia è di **nazionalità straniera**, o delle **famiglie numerose, con presenza di minori e/o anziani**.
In base alla spesa per consumi, le famiglie che vivono in condizioni di povertà relativa nel 2015 rappresentano il 4,8% del totale delle famiglie residenti in regione, mentre in Italia il tasso di povertà relativa supera il 10%. Sebbene l'Emilia-Romagna sia la regione italiana che, dopo il Trentino-Alto Adige e la Lombardia, presenta il più basso livello di povertà relativa (seguita da Veneto al 4,9% e da

[3] Fonte: elaborazioni dati Istat per "Una regione diversa" progetto MMWD.
[4] Fonte: Indagine multiscopo Istat 2015.

Toscana al 5,0%), la caduta del reddito e le modificazioni intervenute nella sua distribuzione hanno avuto pesanti riflessi sulla spesa per consumi e quindi sulla povertà relativa, in particolare per le famiglie più vulnerabili.
La **povertà materiale ed educativa nell'infanzia** determina elementi di fragilità che si manifestano nell'intero arco della vita sia in termini di salute che di opportunità lavorative, sociali, relazionali. Dai dati Istat del 2014 la percentuale di minori in Emilia-Romagna in condizione di povertà assoluta è del 9,5%, pari a 65.000 minori, con un aumento del 4% dal 2012 al 2013[5].

Il tasso di **abbandono scolastico** in Emilia-Romagna è pari al 15,3%[6], relativo ai ragazzi/e che hanno abbandonato la scuola con la sola licenza media (i cosiddetti Early leavers), dato che è oltre l'obiettivo fissato da UE2020, evidenziando uno scenario sicuramente inquietante, anche se meno negativo del dato nazionale. Un altro indicatore preoccupante, in specifico rispetto ai bisogni formativi degli alunni di origine straniera, riguarda i non ammessi al secondo anno di scuola superiore: il dato evidenzia un tasso dei ragazzi stranieri quadruplo di quello degli italiani. Si registra poi nel 2014 **un tasso di disoccupazione nella fascia 15-29 anni** del 21,3% (26,3 % tra le ragazze) e un'incidenza dei **Neet (senza scuola e senza lavoro**) nella stessa fascia pari al 21,1 % (22,8% al femminile, nel 2011 era 17,0%).

La crisi ha inoltre prodotto **un crescente disagio abitativo**: è aumentata sia l'incidenza sul reddito delle spese per l'abitazione, sia il numero di famiglie che incontrano difficoltà a pagare l'affitto (sfratti emessi da circa 3.500 nel 2001 a 6.800 nel 2014, di cui più del 30% emessi per morosità), sia il numero di pignoramenti di case abitate dai proprietari.
Una componente del disagio abitativo è riscontrabile anche nelle liste di attesa per l'assegnazione di una casa popolare. Da un'indagine condotta alla fine del 2014 il numero complessivo di domande inserite nelle graduatorie dell'ERP comunali ammonta a circa 35mila, a fronte di poco più di 51mila alloggi di edilizia residenziale pubblica occupati.
I cambiamenti strutturali del mercato del lavoro, gli esiti della grave congiuntura che si traducono in disoccupazione, soprattutto giovanile, o nel ricorso alla cassa integrazione per un certo numero di lavoratori acuiscono le difficoltà di trovare alloggi a costi sostenibili e non consentono alle famiglie e, soprattutto, ai giovani di accedere a mutui agevolati per l'acquisto della casa, la cui concessione è condizionata dalla disponibilità di un reddito fisso a garanzia della solvibilità.
Si è creata così, e rischia di allargarsi, un'area "grigia" fatta di persone e famiglie che non possono contare sulla certezza di reddito nel tempo, formata soprattutto dalle fasce più deboli della forza lavoro, ma che interessa anche settori del lavoro autonomo e delle professioni che, in passato, sarebbero stati senz'altro classificati, quanto a status socioeconomico, tra le classi medie. L'ampliarsi della platea di persone in condizioni di debolezza e/o precarietà economica, la crescita dei costi dei servizi abitativi e la fragilità dei legami familiari non potranno che acuire il disagio abitativo, soprattutto in alcuni segmenti della popolazione quali le persone anziane e gli stranieri.

Lo stato della salute

[5] Fonte: Atlante dell'infanzia a rischio, a cura di Save the Children, edizione 2014, (Elaborazione su dati Istat).
[6] Fonte: Atlante dell'infanzia a rischio, a cura di Save the Children, edizione 2014 (Elaborazione su dati Istat).

L'aspettativa di vita alla nascita, in crescita negli anni scorsi, ha fatto registrare una flessione nel 2015, ma nel 2016 è tornata ai livelli del 2014[7], con un lieve aumento. Sia per gli uomini che per le donne, l'aspettativa di vita nella nostra Regione è superiore alla media nazionale. Tra il 1990 e il 2013 gli anni di vita persi diminuiscono, in particolare quelli persi per gli incidenti stradali che erano la quinta causa di morte nel 1990 e diventano la quindicesima nel 2013 (-60%)[8]. Sono invece aumentati molto gli anni di vita persi per l'Alzheimer e cardiopatia ipertensiva.

Quanto all'**impatto sulla salute di consumi e stili di vita**, i principali fattori di rischio modificabili e intermedi (ipertensione, fumo di tabacco, sedentarietà, elevato consumo di alcol, ipercolesterolemia, obesità e scarso consumo di frutta e verdura) determinano la maggior parte (86%) degli anni di vita vissuti in condizioni di disabilità[9]. Si stima che negli anni 2010-2013 più di 2 milioni di abitanti in Emilia-Romagna presentino un basso consumo di frutta e verdura, 1 milione sia in sovrappeso e 300 mila obesi, più di 800 mila siano fumatori, più di 600 mila siano sedentari e altrettanti presentino un consumo eccessivo di alcol.

La condizione di salute percepita dichiarata dalle persone prima e dopo la crisi (Istat)[10] non mostra differenze sostanziali nella quota di popolazione adulta che ha dichiarato un cattivo stato di salute, né in Emilia-Romagna né nelle altre regioni italiane. Si evidenziano invece disuguaglianze socio-demografiche; la salute fisica e psicologica risulta peggiore per soggetti di genere femminile, che vivono in famiglie con risorse economiche inadeguate, con basso titolo di studio o cattive condizioni abitative.

In Italia per motivi economici, liste di attesa e ticket **rinunciano alle cure sanitarie** il 7,2% dei residenti, pari a circa 4,3 milioni di persone[11]: il 5,1%, ovvero circa 2,7 milioni di persone, lo fa per motivi economici, la seconda causa sono le liste d'attesa. Nelle Regioni del Sud si riscontra la maggior quota di rinunce (11,2%); al Centro il 7,4% dei residenti e al Nord il 4,1%.

2. Verso un welfare comunitario, dinamico e delle responsabilità

Il territorio dell'Emilia-Romagna è il luogo di vita di una comunità composta innanzitutto da persone, ma anche da amministrazioni pubbliche, associazioni e organizzazioni di rappresentanza delle imprese e dei lavoratori, che ha in sé un grande potenziale di idee, di risorse materiali e immateriali, di volontà e di creatività. Questo patrimonio ha consentito nel tempo di costruire servizi e opportunità, di accogliere persone, di affrontare momenti di difficoltà economica e sociale. Tutto questo costituisce di fatto il sistema emiliano-romagnolo di welfare territoriale e comunitario, la risorsa più preziosa di cui disponiamo.
Negli ultimi tempi la crisi economica e i mutamenti sociodemografici hanno messo alla prova la tenuta di questo sistema. È quindi importante oggi più che mai ricucire il tessuto sociale e questo è

[7] Fonte: ISTAT http://www.demo.istat.it/altridati/indicatori/index.html.
[8] Piano regionale della prevenzione, Profilo di salute dell'Emilia-Romagna http://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/profilo-di-salute.
[9] Profilo di salute dell'Emilia-Romagna http://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/profilo-di-salute.
[10] http://statistica.regione.emilia-romagna.it/entra-in-regione/documentazione/pubblicazioni/documenti_catalogati/salute_percepita.
[11] http://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/salute/8655-presentato-l-osservatorio-civico-sul-federalismo-in-sanita-di-cittadinanzattiva.html (Report presentato a Roma 23/02/2016).

possibile considerando il welfare pubblico, territoriale e comunitario, come una costruzione collettiva in cui ognuno è chiamato a fare la propria parte. Occorre pertanto puntare a un sistema di welfare più coeso, dinamico e partecipato, che si pone l'obiettivo di aggredire i problemi anche attraverso la ricostruzione delle reti sociali, chiamando alla corresponsabilità gli utenti stessi con politiche abilitanti e iniziative di co-progettazione in grado di fare interagire tutte le risorse economiche e umane territoriali.

All'ente pubblico spetta un ruolo fondamentale e delicatissimo in questa costruzione: un forte ruolo di governo e di regolazione dei servizi e dei soggetti della comunità, in modo da garantire l'equità nell'accesso ai servizi, con un'attenzione elevata al controllo dei livelli di qualità. Questo significa assegnare ai soggetti pubblici compiti chiari d'indirizzo e governo in modo che i soggetti e le organizzazioni non pubbliche che a vario titolo partecipano alla gestione ed erogazione dei servizi si sentano sostenuti e tutelati e possano orientare la loro azione all'interno di regole chiare e trasparenti, soprattutto dal punto di vista della qualità delle prestazioni fornite. D'altra parte per poter garantire l'equità nell'accesso ai servizi l'ente pubblico non si limita a svolgere un ruolo di regolazione attraverso l'attività amministrativa e regolamentare ma garantisce la gestione pubblica nella fase della presa in carico dell'utenza e nella definizione dei percorsi di attuazione degli interventi.

Nel nostro sistema regionale il sistema dei servizi di welfare è sempre stato un tratto distintivo: un motore di sviluppo che nel tempo ha creato buona occupazione e ha ridotto le disuguaglianze redistribuendo risorse e favorendo l'inclusione sociale. Un sistema in cui occorre consolidare le innovazioni già prodotte e, nello stesso tempo, avviare un costante adeguamento alle trasformazioni. L'obiettivo è dunque assicurare un welfare inclusivo, aperto, abilitante, integrato e accessibile, che mette al centro le persone, le famiglie e i loro diritti.

Il Piano sociale e sanitario regionale è lo strumento più adeguato per guidare l'innovazione e la riprogettazione. In particolare, si propone di rafforzare il ruolo di governo pubblico nell'ambito del sistema partecipativo della comunità, come si accennava sopra, adeguare l'assetto programmatorio alle scelte del riordino istituzionale già compiute dalla Regione, rilanciare la necessità dell'integrazione delle politiche sociali, sanitarie, abitative e del lavoro, e affrontare le nuove emergenze sociali con particolare riferimento alla crescita della disuguaglianza e della povertà.

La buona salute dei singoli e della comunità costituisce una risorsa significativa anche per lo sviluppo sociale ed economico, e può essere a sua volta favorita o ostacolata da fattori politici, economici, sociali, culturali e ambientali. È necessario quindi che la promozione della salute venga assunta come principio fondamentale anche da altri settori di interventi oltre a quelli sociali e sanitari. È inoltre importante che la promozione della salute venga perseguita attraverso un concreto ed efficace coinvolgimento dei cittadini nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute collettiva e individuale.

La sempre più elevata presenza di una popolazione eterogenea per provenienza, lingua, cultura, religione e condizione economica pone sfide complesse ma è anche motore di opportunità, e in tal senso dovrà essere riconosciuta, con l'obiettivo di rafforzare la conoscenza reciproca, la coesione sociale e prevenire potenziali discriminazioni e conflittualità.

Per adattarsi in modo rapido ed efficiente alle modifiche dei fenomeni sociali e dei bisogni sociali e sanitari, il sistema di welfare regionale deve rendersi più dinamico, orientandosi verso percorsi

assistenziali e reti cliniche e sociosanitarie piuttosto che verso modelli organizzativi, non integrati, semplificando procedure amministrative e avvalendosi compiutamente delle risorse disponibili tra cui le nuove tecnologie.

Un welfare comunitario, dinamico e delle responsabilità presuppone un cambiamento di visione sia da parte dei cittadini sia da parte di chi programma, gestisce e opera nei servizi. Un cambiamento certamente in atto, ma non del tutto conseguito. Nel proprio operare è necessario riconoscere e fare spazio a un sapere non solo professionale, incoraggiare le esperienze aggregative, adottare nel proprio bagaglio professionale gli strumenti della proattività e della prossimità.

Allo stesso tempo è indispensabile sostenere attivamente la creazione di una comunità di professionisti competenti e in rete: le elevate e innovative competenze individuali e di servizio che sono maturate negli ultimi anni in molte realtà vanno messe in circolo, devono diventare il motore di un approccio sistematico in ciascun operatore, teso a fare ricerca e a sviluppare confronti nel contesto lavorativo quotidiano. Le esperienze positive finora realizzate dovranno diventare strumenti di azione collettiva. L'integrazione professionale che si può realizzare attraverso l'équipe multiprofessionale, l'erogazione congiunta di attività assistenziali e la ricerca-azione dell'approccio comunitario, garantiscono la massima efficacia degli interventi e si realizzano attraverso la partecipazione delle figure professionali alla definizione delle linee organizzative, la realizzazione di processi condivisi, la predisposizione di un sistema informativo in rete e la realizzazione di moduli formativi comuni.

Il coinvolgimento degli operatori pubblici e privati accreditati dei servizi nei processi decisionali, la riflessività nella costruzione degli interventi, l'attenzione ai processi e alle prestazioni costituiscono elementi decisivi per la creazione di una comunità di professionisti competenti in grado di costruire teorie di intervento ma anche adattività e flessibilità alle situazioni.

Se si riuscirà a costruire delle autentiche comunità di pratica, si potrà realizzare concretamente un pensiero tecnico come strumento d'azione collettivo e non chiuso nelle singole esperienze, seppure molto qualificate.

I cittadini sempre più richiedono protagonismo nelle decisioni che riguardano la loro salute o quella dei loro familiari. È importante quindi stimolare forme di cittadinanza attiva. Ascoltare e assecondare queste espressioni di autoaffermazione diventa un obiettivo primario per i servizi sociali e sanitari. Nei servizi sanitari è necessaria una transizione da un modello medico-centrico verso un modello che valorizzi tutte le professioni sanitarie per la costruzione di relazioni negoziali in grado di favorire la messa in campo delle risorse e delle energie del cittadino utente, attraverso la responsabilizzazione rispetto alla condivisione degli obiettivi, ai propri stili di vita, all'aderenza al trattamento. Per citare qualche esempio, il cd. "chronic care model", la promozione dell'autocura e dell'automutuoaiuto rappresentano strumenti utili a questo fine.

L'assunzione di responsabilità sociale da parte del mondo della produzione non solo non profit, ma anche delle aziende e dei soggetti for profit, diventa un elemento fondamentale del welfare regionale e della promozione del benessere comune. A questo scopo occorre inserire dentro la programmazione strumenti per far confluire nel sistema risorse aggiuntive dei soggetti di cui sopra, per consolidare e innovare la rete dei servizi.

3. Gli attori istituzionali e sociali del sistema di welfare regionale. Lo stato dell'arte e le prospettive

3.1. Il contesto istituzionale di partenza

Rispetto all'assetto istituzionale e di governance che ha caratterizzato gli anni di vigenza del precedente Piano sociale e sanitario regionale, l'attuale scenario è connotato da alcune importanti innovazioni sul piano istituzionale e nel rapporto tra istituzioni e formazioni sociali.
Il riordino del sistema delle autonomie locali, ancora in corso, ha prodotto un radicale ridimensionamento dell'ente Provincia, sostanzialmente non più titolare di competenze in ambito sociale e sociosanitario. Un caso a sé stante è costituito dalla Città metropolitana di Bologna, soggetto deputato allo sviluppo strategico del territorio. Con l'intesa sottoscritta nel gennaio 2016, in attuazione dell'art. 5 della L.R. 13/2015[12], si è dato infatti avvio alla nascita di una nuova sede istituzionale di co-decisione tra Regione, Città metropolitana e gli altri soggetti del governo territoriale, comprese le Unioni dei Comuni, realizzando - quanto alla governance sociale e sanitaria - un'unica Conferenza sociale e sanitaria metropolitana (regolamentata dalla D.G.R. 1442/2016), e programmando di integrare gli insediamenti ospedalieri per realizzare un'unica rete clinica metropolitana.

L'approvazione della L.R. 21/2012 sul governo territoriale delle funzioni amministrative ha accelerato il processo di associazione da parte dei Comuni: le Unioni che gestiscono funzioni sociali e sociosanitarie e al tempo stesso coincidono con l'ambito distrettuale (circa la metà dei 38 ambiti) sono aumentate significativamente, facilitando il governo unitario dei Comuni, in integrazione con i distretti delle Aziende USL. Nel territorio regionale si registra una tendenza costante all'aumento delle Unioni e delle fusioni di Comuni; considerato il contesto nazionale, tale tendenza appare elemento connotante della nostra cultura di governo locale, certamente incentivato dalla vigente legislazione regionale.
La L.R. 12/2013 "Disposizioni ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di Aziende Pubbliche di Servizi alle persone" ha inoltre previsto di concentrare la gestione dei servizi pubblici in un'unica forma giuridica nell'ambito distrettuale, anche se la sua attuazione non è ad oggi del tutto compiuta.

Anche nel sistema sanitario le politiche regionali hanno sostenuto la tendenza all'aggregazione e all'integrazione, non solo funzionale ma anche amministrativa, con l'istituzione dell'Azienda USL della Romagna (su un territorio coincidente con quello di Area Vasta) e l'individuazione di forme di coordinamento tra AUSL Bologna e AUSL Imola sempre più strutturate, anticipate e facilitate dall'istituzione della Città metropolitana. Altro aspetto dell'integrazione, all'interno del medesimo bacino territoriale, è costituito dalle sperimentazioni in atto di aggregazioni tra Aziende USL e Aziende Ospedaliere (es. Modena Policlinico - Ospedale Baggiovara; Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia Arcispedale S. Maria Nuova/IRCCS e Ausl Reggio Emilia). Emerge il dato sostanziale di un sistema teso verso una maggiore concentrazione di funzioni di governo generale per quanto attiene al riordino ospedaliero: gli obiettivi sono la maggiore qualificazione dell'offerta sanitaria ospedaliera da un lato, l'efficientamento del sistema dall'altro, efficientamento che deve contemperare qualità e

[12] Legge regionale 30 luglio 2015, n.13 "Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su città metropolitana di Bologna, Province, Comuni e loro Unioni".

sostenibilità e tendenzialmente liberare risorse da investire sull'assistenza territoriale.
Potranno essere valutati nuovi assetti organizzativi, per l'eventuale riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative.

I Comuni associati in ambito distrettuale restano i soggetti titolari del governo locale e della realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari in quanto livello più prossimo ai cittadini.
Considerato che la Regione ha di recente riassorbito le funzioni provinciali sul sociale in questo quadro le funzioni di snodo e comunicazione tra Regione e territori, e di coordinamento sovradistrettuale, assicurate dalle CTSS, diventano più determinanti che in passato.

In un contesto dinamico e mutevole come quello attuale, il soggetto pubblico deve essere in grado di svolgere un ruolo di attivatore e facilitatore di processi capaci di innovazione sociale. A questo fine le Pubbliche Amministrazioni devono interfacciarsi con gli altri attori della comunità in modo diverso dal passato: si tratta in sostanza di passare ad un approccio in cui il soggetto pubblico ricerca e sviluppa nuove possibili sinergie.

3.2. Finalità del piano riguardo ai livelli istituzionali di integrazione

L'integrazione istituzionale è individuata come principio fondamentale di governance: Regione ed Enti locali (Unioni e Comuni) devono assicurare in modo unitario e integrato la funzione di governo del sistema.
Pertanto, finalità del presente Piano - in continuità con quello precedente - è sostenere l'estensione a livello regionale dell'esercizio associato delle funzioni sociali e sociosanitarie degli Enti locali in ambito distrettuale, da realizzarsi di norma tramite l'Unione: regolazione, programmazione, verifica e realizzazione di servizi e interventi. Obiettivo è la piena attuazione dei principi e delle indicazioni delle leggi regionali 21/2012 e 12/2013, per superare il residuo grado di frammentazione e dispersione delle funzioni su più Enti.

In linea con la legislazione regionale in materia di politiche sociali, nel primo triennio di vigenza del PSSR dovrà essere realizzata la gestione distrettuale in forma associata, preferibilmente attraverso le Unioni, delle funzioni di regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari.

In particolare occorre individuare strumenti per delegare alle Unioni funzioni complete e organiche, e superare le situazioni in cui singoli Comuni restano fuori dalle Unioni costituite nel medesimo ambito distrettuale/ottimale. L'obiettivo entro il triennio è far coincidere l'ambito del Distretto e l'ambito di esercizio associato nell'Unione.

Nel primo triennio di vigenza del Piano si dovrà altresì raggiungere l'obiettivo di assicurare che la funzione di Ente capofila distrettuale, ai sensi dell'art. 29 L.R. 2/2003[13], sia svolta dall'Unione

[13] L'art. 29, c.3 della LR 2/2003 recita: "Il Piano di zona, promosso su iniziativa del rappresentante legale dell'ente locale capofila distrettuale, promosso su iniziativa del sindaco del Comune a ciò designato dai Comuni compresi nel territorio del distretto è approvato con accordo di programma, secondo quanto previsto dall'articolo 19, comma 3, della legge n. 328 del 2000, dai competenti organi dei Comuni e, ove ad esse siano conferite le funzioni, delle Unioni di Comuni ai sensi dell'articolo 19 della legge regionale 21 dicembre 2012, n. 21 (Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni

distrettuale oppure, nel caso di ambiti coincidenti con o comprendenti il comune capoluogo, dal Comune capoluogo stesso. Nel caso di più Unioni nello stesso ambito distrettuale, la funzione di ente capofila viene svolta in via transitoria dall'Unione prescelta dal Comitato di Distretto, fino alla costituzione dell'Unione distrettuale. L'ente capofila, oltre a promuovere il Piano di zona, è quello al quale afferisce l'Ufficio di piano ed è destinatario delle risorse[14] ripartite annualmente dalla Regione sul Fondo sociale locale.

Finalità del Piano è altresì potenziare gli strumenti istituzionali, professionali, organizzativi per l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie, le politiche educative, della formazione e lavoro, abitative, anche in attuazione della L.R. 14/2015[15], e della Delibera Assemblea Legislativa 16/2015[16]; il quadro normativo regionale degli ultimi anni fornisce strumenti innovativi per lavorare nel sociale in un'ottica di inclusione attiva e di capacitazione, in linea con le indicazioni europee della Strategia 2020.

- **L'integrazione istituzionale a livello regionale**

Gli organi politici e istituzionali con competenze di governo sull'area delle politiche sociali, sanitarie e dell'integrazione socio-sanitaria sono l'Assemblea legislativa, la Giunta, il Consiglio delle Autonomie Locali (CAL), e la Cabina di regia per le politiche sanitarie e sociali. Mentre i primi tre organi hanno competenze trasversali rispettivamente di indirizzo politico, governo e concertazione su tutti i settori di competenza regionale, la Cabina di regia costituisce organo collegiale specificamente dedicato alle politiche sociali e sanitarie ai sensi della L.R. 13/2015.

In particolare, la Cabina di regia opera quale sede di confronto, coordinamento e integrazione tra Regione e sistema delle autonomie locali, nel rispetto delle competenze proprie delle sedi istituzionali di concertazione e consultazione Regione-Enti locali. Esercita attività di impulso, di proposta, valutazione e supporto all'istruttoria relativamente alla formazione delle decisioni della Giunta, con particolare riguardo per gli atti di programmazione regionale e per ogni altro atto di indirizzo politico in materia sociale, socio-sanitaria e sanitaria (cfr. D.G.R. 1443/2016).

In coerenza con le finalità del presente piano, la Cabina di Regia allarga la partecipazione ad altri assessori regionali (alle politiche per il lavoro, alla formazione e all'istruzione, allo sviluppo economico, alle pari opportunità, ecc.) qualora sia necessario collaborare alla definizione di scelte e decisioni che hanno impatto diretto sulla coesione sociale e la salute e/o per sviluppare azioni congiunte tra politiche sociali o sanitarie e altre politiche.

---

amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza), compresi nel territorio del distretto. Per gli interventi socio-sanitari, ivi compresi quelli connotati da elevata integrazione sanitaria, previsti anche dal programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3 quater, comma 2, del D.lgs. n. 502 del 1992, l'accordo è sottoscritto d'intesa con il direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale, nel rispetto di quanto stabilito all'articolo 11, comma 2."

[14] L'art. 47 della LR 2/03 "Fondo sociale regionale. Spese correnti operative" individua come destinatari gli enti locali di cui all'art. 16 della stessa legge che stabilisce: "Esercizio delle funzioni ed ambiti associativi- I Comuni esercitano le funzioni amministrative ed i compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, in forma singola o associata, di norma in ambito distrettuale, secondo le forme previste dal Capo V del Titolo II del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali)."

[15] Legge regionale 30 luglio 2015, n.14 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari".

[16] D.A.L.16/2015 "L.R. 8 agosto 2001, n. 24 (Disciplina generale dell'intervento pubblico nel settore abitativo) - Approvazione del programma pluriennale per le politiche abitative."

La Cabina di regia, anche tramite il suo Ufficio di Presidenza, svolge funzioni di indirizzo realizzando il coordinamento dell'attività delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie nel rispetto dell'autonomia delle medesime. Inoltre assicura la funzione di coordinamento e la più ampia ed efficace diffusione, a livello territoriale e regionale, dell'informazione sugli indirizzi definiti e condivisi.
A supporto della Cabina di regia opera il Comitato tecnico, che svolge una funzione consultiva, di approfondimento, proposta e supporto, predisponendo istruttorie, documenti e relazioni su specifici temi trattati e attivando gruppi di lavoro previo parere dell'Ufficio di presidenza della Cabina.
La ricerca e i progetti innovativi costituiscono fattori imprescindibili per il dinamismo e la capacità di cambiare del nostro sistema. La Regione e il sistema delle autonomie locali si avvalgono dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale in qualità di ente di supporto tecnico-scientifico, che sviluppa progetti di ricerca e di innovazione clinica, organizzativa, gestionale in ambito sia sanitario che sociale, in stretta relazione con le priorità dello stesso Piano.

- **L'integrazione istituzionale a livello intermedio**

Conferenza territoriale sanitaria e sociale (CTSS)

L'organo responsabile dell'integrazione a livello intermedio è la Conferenza territoriale sanitaria e sociale (CTSS), con funzioni di indirizzo, consultive, propulsive, di verifica e controllo, in attuazione e in coerenza con gli atti nazionali e regionali, come meglio specificate di seguito.
Nella realtà regionale la tendenza all'estensione dell'ambito territoriale di governo, anche a livello intermedio, è un dato innovativo, promosso dalla cornice normativa di riferimento. Nel periodo di vigenza del Piano i bacini territoriali delle CTSS potrebbero essere rivisti in coerenza con le dimensioni delle Aziende Usl.
Ne consegue un naturale rafforzamento del ruolo di coordinamento e integrazione delle Conferenze stesse, che si connotano come sedi di connessione e snodo tra le programmazioni e gli indirizzi, da un lato regionali, dall'altro distrettuali.
Il ruolo di coordinamento e integrazione si esplica in particolare:

- tra Regione e ambiti distrettuali: il compito è di sintesi e raccordo sul piano dell'informazione, confronto, ascolto;
- tra gli ambiti distrettuali: per produrre il più alto livello, possibile e necessario, di armonizzazione, coerenza e equità, tenendo conto delle specificità distrettuali; in questa ottica la Conferenza può ricomporre un quadro condiviso e dare una cornice di linee comuni alle programmazioni distrettuali triennali (piani di zona);
- tra le politiche sociali e sanitarie nonché tra queste e le politiche che hanno impatto sulla salute e sul benessere sociale della popolazione di riferimento: educazione, formazione e lavoro, casa, mobilità, ambiente, ecc.

La CTSS attiva coordinamenti integrati a livello intermedio tra politiche e strumenti di ambito sociale e sanitario su materie che richiedono una particolare attenzione o per le quali la dimensione ottimale di gestione sia quella coerente con i confini della AUSL (ad esempio emergenza/urgenza, maltrattamento e abuso, marginalità estrema...).

Vista l'estensione territoriale sempre maggiore delle CTSS e conseguentemente del numero di Sindaci che ne fanno parte, è necessario attribuire maggiore competenza all'Ufficio di Presidenza per assicurare tempestività delle decisioni e snellimento delle procedure.
La Conferenza si dota di tale Ufficio individuandone i compiti e approvandone la composizione in base a criteri adottati dalla Conferenza stessa, che garantiscano la rappresentanza di tutti gli ambiti

distrettuali. Vi partecipano comunque, senza diritto di voto, i Direttori generali delle Aziende Sanitarie.
L'Ufficio di Presidenza assicura la funzione di coordinamento e la più ampia ed efficace diffusione, a livello territoriale, dell'informazione sugli indirizzi definiti e condivisi.

Le funzioni della CTSS come si è detto sono di indirizzo, consultive, propulsive, di verifica e controllo, in particolare:

a) approva il Piano Attuativo Locale;
b) assicura l'equa distribuzione delle risorse fra i diversi ambiti distrettuali in rapporto agli obiettivi di programmazione e riequilibrio, alla distribuzione e alla accessibilità dei servizi e ai risultati di salute;
c) approva i criteri di riparto del FRNA tra i Distretti con l'obiettivo di garantire il riequilibrio territoriale sia a livello finanziario sia nell'organizzazione delle reti dei servizi al fine di assicurare equità di accesso;
d) partecipa alla definizione delle priorità degli interventi in conto capitale finanziabili ai sensi dell'art. 48 della L.R. 2/2003, con gli enti titolari della programmazione distrettuale;
e) promuove e coordina la stipula degli accordi in materia di integrazione sociosanitaria previsti dai Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, tenuto conto delle indicazioni del Piano sociale e sanitario regionale e di altri strumenti regionali di indirizzo, anche in attuazione dell'art. 3-septies del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
f) promuove, con il supporto delle Aziende sanitarie, strategie, interventi e specifici accordi di programma volti alla promozione della salute ed alla prevenzione, anche in considerazione delle criticità e delle priorità di salute individuate nelle programmazioni distrettuali;
g) promuove, in accordo con i Comitati di Distretto e le Aziende sanitarie, modalità e strumenti operativi per garantire l'integrazione e il raccordo delle attività in ambito sovradistrettuale, anche tramite specifiche indicazioni regolamentari;
h) promuove, nel rispetto dell'autonomia statutaria degli Enti territoriali, la partecipazione dei Consigli comunali alla definizione dei piani attuativi locali, nonché la partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione dei servizi sanitari;
i) verifica periodicamente l'attività delle Aziende sanitarie presenti nell'ambito territoriale di riferimento, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole ai Direttori generali e alla Regione. A tal fine le Aziende sanitarie mettono a disposizione gli strumenti informativi ed operativi idonei ad espletare tali compiti e funzioni;
j) richiede alla Regione di procedere alla verifica dei Direttori generali, anche al fine della revoca dell'incarico, qualora la gestione presenti una situazione di grave e persistente disavanzo, in caso di violazione di legge o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, ovvero nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del PAL, di cui all'articolo 17, comma 1, lettera f) della L.R. 19/1994 e successive modifiche. (art. 3 bis, comma 7, Dlgs 502/1992 oltre che L.R. 29/2004 e L.R. 21/2003).

Le funzioni di cui alle lettere b), c), d), e), f), g), i), j) possono essere svolte dall'Ufficio di Presidenza.
Inoltre la CTSS esprime parere obbligatorio:

- sul bilancio economico preventivo e sul bilancio d'esercizio delle Aziende sanitarie presenti nell'ambito territoriale di riferimento, trasmettendo alla Regione eventuali osservazioni ai fini del controllo esercitato dalla Giunta regionale a norma dell'articolo 6 della L.R. 29/2004 e successive modificazioni ed integrazioni integrazioni;
- sugli Accordi tra le Aziende sanitarie dell'ambito territoriale di riferimento e le Università,

attuativi dei Protocolli di intesa tra Regione e Università, su proposta dell'Ufficio di Presidenza;
- sulla nomina dei Direttori generali delle Aziende sanitarie presenti nell'ambito territoriale di riferimento e sulla verifica del loro operato ai 18 mesi di mandato;
- svolge il monitoraggio del processo di attuazione del riordino delle forme pubbliche di gestione di cui alla L.R. 12/2013.

Alla CTSS possono essere conferite dagli Enti Locali ulteriori competenze rispetto a quelle previste dalla disciplina regionale, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente.

Ufficio di supporto alla CTSS

La Conferenza si dota di un ufficio di supporto costituito d'intesa tra Enti Locali e Azienda USL, e ne nomina il coordinatore. Tale figura deve essere in possesso di competenze in materia sociale e sociosanitaria.
Le funzioni dell'ufficio sono:

1. segreteria organizzativa, per predisporre le condizioni materiali del funzionamento della Conferenza e dell'Ufficio di Presidenza: convocazioni, allestimento delle sedi e dei materiali per le riunioni, verbali delle stesse e gestione delle comunicazioni strumentali all'attività della Conferenza con i diversi enti interessati (Comitati di Distretto, Giunte delle Unioni, Aziende sanitarie, Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali, uffici regionali, Anci, ecc.), conservazione dei verbali e degli atti quali pareri, nomine, intese;
2. istruttoria tecnica per approfondimenti, consulenze e proposte in relazione alle decisioni della Conferenza, avvalendosi delle competenze degli Enti locali e delle Aziende sanitarie e garantendo a tale scopo la partecipazione e il confronto con tutti gli Uffici di piano e con i Distretti (Direttore o suo delegato), e con altri attori istituzionali coinvolti a seconda delle materie oggetto di istruttoria.

L'Ufficio di Supporto svolge il coordinamento tecnico delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie e coordina l'Organismo tecnico territoriale per l'infanzia e l'adolescenza previsto dall'art. 21 della L.R. 14/2008. Su mandato della CTSS o dell'Ufficio di Presidenza costituisce gruppi di lavoro temporanei o coordinamenti specifici strutturati per realizzare confronto e condivisione sulle modalità di programmazione degli interventi e di gestione dei fondi specifici, per mappare le opportunità e i fabbisogni formativi; promuove attività di formazione rivolta agli operatori del territorio, in modo da perseguire l'obiettivo dell'omogeneità territoriale delle opportunità dei cittadini e svolge, a livello intermedio, quanto già previsto ai punti a), b), c), e) delle funzioni dell'Ufficio di Piano.

- **L'integrazione istituzionale a livello distrettuale**

La recente legislazione regionale individua l'ambito distrettuale quale articolazione delle Aziende sanitarie e circoscrizione territoriale in cui gli Enti locali e gli altri soggetti istituzionali esercitano, nelle forme e con gli strumenti previsti dalla normativa vigente e dagli atti di programmazione regionale, le funzioni di regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari.
L'esercizio associato delle funzioni sociali e sociosanitarie degli Enti locali in ambito distrettuale attraverso la forma dell'Unione è incentivato dalla Regione tramite i programmi di riordino territoriale (L.R. 21/2012) e gli indirizzi per la programmazione sociale e sanitaria. L'Unione di ambito distrettuale si deve sempre più connotare come nodo della governance locale per lo sviluppo delle politiche di welfare nel loro complesso, come il luogo della programmazione realmente integrata volta a dare ai

cittadini di più Comuni servizi articolati in base ai loro bisogni, e la garanzia degli stessi diritti.

Si tratta di pianificare il welfare in ottica distrettuale, in modo da rendere incisiva l'azione programmatoria e di verifica coinvolgendo gli attori sociali sia interni alle istituzioni/organizzazioni sia esterni, per un costante confronto sulle priorità, sulle azioni innovative e sul ri-orientamento dei servizi. Inoltre sul piano gestionale ed organizzativo il conferimento delle funzioni alle Unioni consente di semplificare e de-burocratizzare in quanto individua attività che possono essere centralizzate e ambiti di lavoro che devono mantenere una presenza territoriale/locale. Tra le prime figurano coordinamenti, atti amministrativi e procedurali "in back office", l'utilizzo congiunto di molteplici competenze specializzate su un bacino più ampio, di strumenti telematici e sistemi informativi e informatici omogenei. Tra i secondi figurano la diffusione dei punti di ascolto/accesso e di prossimità ai cittadini spesso svolti nei Comuni piccoli e medi da personale polifunzionale.
Le Unioni, anche nell'ambito del coordinamento sovradistrettuale svolto dalla CTSS, assumono un ruolo promozionale e proattivo di confronto e scambio reciproco con altre Unioni, in un'ottica di miglioramento dell'uso delle risorse (formative, di conoscenza e pratica amministrativa, di soluzioni organizzativo-gestionali, ecc.), per socializzare il proprio capitale di conoscenze e allo stesso tempo valorizzare la propria identità e specificità.

Comitato di distretto

Il Comitato di distretto, così come definito dalle leggi regionali 19/1994[17] e 29/2004[18], svolge il ruolo di governo delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie territoriali dell'ambito distrettuale, tramite l'esercizio delle funzioni di programmazione, regolazione e verifica, garantendo uno stretto raccordo con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e avvalendosi dell'Ufficio di piano per quanto attiene la funzione tecnica istruttoria delle decisioni.

---

[17] L.R. 19/94, art. 9, comma 5: "Il Comitato di Distretto, nell'ambito degli indirizzi espressi dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria, svolge funzioni di proposta e di verifica sulle attività distrettuali relativamente a:
a) piani e programmi distrettuali definiti dalla programmazione aziendale;
b) budget di Distretto e priorità d'impiego delle risorse assegnate;
c) verifica dei risultati conseguiti utilizzando a tal fine indicatori omogenei come definiti alla lett. g), comma 2 dell'art.11;
d) assetto organizzativo e localizzazione dei servizi distrettuali. Le proposte di localizzazione dei servizi distrettuali sono sottoposte al parere obbligatorio del Comitato di Distretto;
e) esprime parere obbligatorio sulla assegnazione delle risorse tra i distretti.
Il Comitato di Distretto può promuovere eventuali iniziative di carattere locale, anche riguardanti aree territoriali sub-distrettuali, verificandone la relativa copertura finanziaria.

[18] L.R. 29/2004, art. 5 commi 6-9: "6. In ogni ambito distrettuale comprendente più Comuni o più circoscrizioni comunali è istituito il Comitato di distretto, composto dai sindaci dei Comuni, o loro delegati, e, ove previsto dalla legge e nel rispetto degli statuti comunali, dai presidenti delle circoscrizioni facenti parte del distretto. Tale Comitato opera in stretto raccordo con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e disciplina le forme di partecipazione e di consultazione alla definizione del Programma delle attività territoriali.
7. Fermi restando i poteri di proposta e di verifica delle attività territoriali di cui all'articolo 9, comma 5 della legge regionale n. 19 del 1994 e successive modifiche, il Comitato di distretto esprime parere obbligatorio sul Programma delle attività territoriali, sull'assetto organizzativo e sulla localizzazione dei servizi del distretto e verifica il raggiungimento dei risultati di salute del Programma delle attività territoriali. Qualora tale parere risulti negativo, il direttore generale procede solo previo parere dell'Ufficio di presidenza della Conferenza. Il direttore generale adotta altresì, d'intesa con il Comitato di distretto, il Programma delle attività territoriali, limitatamente alle attività sociosanitarie.
8. La Conferenza territoriale sociale e sanitaria, attraverso il proprio regolamento, e l'Azienda Usl, attraverso l'atto aziendale, disciplinano rispettivamente le relazioni con il Comitato di distretto e con i distretti.
9. Il direttore generale nomina i direttori di distretto, d'intesa con il Comitato di distretto. Quando ricorrano gravi motivi, il Comitato può avanzare motivata richiesta al direttore generale di revoca della nomina."

Il ruolo del Comitato di distretto è svolto dalla Giunta dell'Unione - o dalle Giunte di più Unioni - se coincidente/i con l'ambito distrettuale, integrata/e dai Sindaci dei Comuni eventualmente non aderenti all'Unione/i (art.61 L.R. 13/2015).

Agli incontri del Comitato di Distretto partecipa il Direttore di distretto per concertare gli indirizzi in ambito sociosanitario e sanitario territoriale.
È necessario individuare a livello distrettuale modalità di funzionamento della Giunta dell'Unione che valorizzino e integrino i livelli comunali. Il coordinamento degli assessori comunali delegati al welfare e dei livelli tecnici di pertinenza, garantisce il risultato dell'esercizio associato della programmazione, che deve essere sovracomunale. Ciò è opportuno a maggior ragione nella fase di avvio della gestione associata della funzione sociale e sociosanitaria.

Ufficio di piano

L'Ufficio di piano costituisce il nodo organizzativo per sostenere l'azione programmatoria e di governance organizzativo-gestionale del Distretto in merito alle funzioni dell'area welfare. È un ufficio comune tra Unioni/Comuni, ai sensi dell'art. 30 del Testo unico Enti locali, e integrato con l'AUSL, attraverso la partecipazione attiva dei professionisti dell'AUSL, regolamentata con convenzione. Le funzioni sono, in particolare:

a) raccolta e elaborazione dei dati necessari alla lettura del territorio, in termini di rischi e fragilità, ma anche di risorse e opportunità;
b) coordinamento delle attività di implementazione dei sistemi informativi regionali e nazionali, finalizzati alla produzione dei flussi informativi;
c) supporto tecnico alle azioni di confronto e concertazione territoriale finalizzate alla definizione, al monitoraggio e alla valutazione della programmazione sociale e socio-sanitaria;
d) attività di elaborazione degli atti di programmazione territoriale sociale, socio-sanitaria e sociale integrata con altre politiche (lavoro, casa, scuola);
e) promozione di strategie e strumenti a supporto all'integrazione;
f) attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali;
g) attività connesse al rilascio e alla revoca dell'accreditamento dei servizi sociosanitari e alla stipula dei relativi contratti di servizio;
h) azioni di impulso e di verifica dell'attuazione della programmazione sociale e socio-sanitaria;
i) promozione della partecipazione degli attori sociali del welfare territoriale;
j) collaborazione e raccordo con l'ufficio di supporto alla CTSS e con gli uffici regionali.

L'Ufficio di Piano supporta il Comitato di Distretto nell'implementazione dei programmi di riordino delle forme pubbliche di gestione e nella transizione alla gestione unica distrettuale.

L'Ufficio di Piano deve avere una dotazione organica coerente con le funzioni svolte. In ogni ambito distrettuale gli enti assicurano lo svolgimento delle funzioni di programmazione attraverso l'utilizzo efficiente del personale in dotazione.

L'Ufficio di piano potrà avvalersi di competenze ulteriori rispetto alla propria dotazione presenti nei Comuni e nelle AUSL; dovrà rapportarsi con gruppi tecnici integrati e con l'Ufficio di supporto alla CTSS per il coordinamento tra le diverse attività distrettuali e per la gestione congiunta di azioni sovradistrettuali.
L'Ufficio di Piano è integrato nell'organizzazione dell'Ente capofila distrettuale: Unione distrettuale o,

nel caso di più Unioni, Unione prescelta dal Comitato di distretto, oppure Comune capoluogo. Tale assetto, nelle realtà in cui non sia già consolidato, è da realizzare nel primo triennio di vigenza del Piano.

- **L'organizzazione delle AUSL per l'integrazione sociosanitaria**

Il Distretto e il suo Direttore

Il Distretto costituisce l'articolazione territoriale fondamentale del governo aziendale, e il luogo della formulazione della committenza, che esprime il fabbisogno di assistenza territoriale in forma residenziale, ambulatoriale, domiciliare, ricompresa nei livelli essenziali di assistenza, ed è funzionale allo sviluppo di collaborazione e di relazione tra Azienda ed Enti Locali.
Il Distretto si configura come l'ambito ottimale per garantire una risposta integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, in quanto prossimo alla comunità locale, nel quale il cittadino e la comunità stessa si riconoscono e si vedono rappresentati e garantiti nelle proprie specifiche esigenze di salute.
Il Distretto, nello specifico, è centro di riferimento per l'accesso ai servizi territoriali dell'Azienda, polo unificante dei servizi sanitari e socio-sanitari presenti nell'ambito distrettuale per la realizzazione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e viceversa.
Il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico finanziaria per assicurare la realizzazione dei servizi a livello distrettuale secondo la programmazione regionale, aziendale e distrettuale.

Il Direttore del Distretto
Al Distretto è preposto il Direttore di Distretto il quale risponde direttamente al Direttore generale secondo le modalità previste dalla L.R. 29/2004 art. 5 c. 9. Il Direttore di Distretto è nominato dal Direttore generale, d'intesa con il Comitato di distretto. Il Direttore di Distretto è il principale interlocutore territoriale degli Enti Locali e le sue funzioni si esplicano in particolare in relazione con il Comitato di distretto, nell'ambito di una programmazione partecipata, promuovendo e sviluppando la collaborazione con la popolazione e le sue forme associative, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi di intervento. Pertanto il Direttore del Distretto collabora costantemente con gli Enti Locali distrettuali sia in sede di programmazione che in sede di regolazione e verifica per lo sviluppo di strumenti nuovi di prossimità e di integrazione sociale e sanitaria e per lo sviluppo delle Case della Salute.

Il Direttore di Distretto, in qualità di componente del Comitato di distretto assicura lo sviluppo degli interventi socio-sanitari, compatibilmente con le risorse definite nella programmazione, con particolare riguardo al Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA), garantendo il rispetto degli impegni assunti dall'Azienda. A questo fine si rapporta con l'Ufficio di piano e con il Direttore delle attività sociali e sanitarie cui compete la funzione di coordinamento tecnico, a livello aziendale, delle attività riconducibili all'integrazione socio-sanitaria, affidate ai singoli Direttori di Distretto.
Il Direttore di Distretto svolge una funzione strategica nell'attività di committenza aziendale interna ed esterna, con particolare riferimento alla definizione del fabbisogno di prestazioni sanitarie dei residenti nel territorio del distretto.
Per garantire l'attività di committenza, il Direttore di Distretto assicura l'integrazione delle competenze epidemiologiche espresse dalle diverse strutture aziendali, finalizzate alla corretta valutazione dei bisogni della popolazione, alla valutazione dei rischi per la salute correlati al territorio e alla valutazione dei risultati in termini di salute delle politiche realizzate.

Il Direttore di Distretto ha il compito di perseguire gli obiettivi di risultato concordati con la Direzione Aziendale, assicurando la necessaria coerenza e integrazione dell'attività dei Dipartimenti nell'ambito distrettuale. Si avvale delle strutture amministrative territoriali di supporto che condividono la responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi.

Il Direttore delle attività sociosanitarie

Il Direttore delle attività sociosanitarie, in relazione a quanto stabilito dalla legge 29/2004 all'art. 3 comma 5, è nominato dal Direttore generale sentita la CTSS, ed afferisce alla Direzione generale. Supporta il Direttore generale nel rapporto con la CTSS per i temi socio-sanitari.

Coordina il processo di integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Presidia la coerenza tra lo sviluppo degli interventi socio-sanitari e la compatibilità economica degli stessi, in rapporto alle risorse assegnate, anche riguardo al Fondo regionale per la non autosufficienza.
Partecipa al processo di pianificazione strategica e concorre, con proprie proposte e pareri, alla formulazione delle decisioni della Direzione Aziendale. Al Direttore delle attività sociosanitarie compete la funzione di coordinamento tecnico a livello aziendale, delle attività ad integrazione socio sanitaria ed allo sviluppo degli interventi ad alta integrazione socio sanitaria previsti dai LEA, che sono affidate ai singoli Direttori di Distretto. Presidia inoltre la realizzazione delle soluzioni organizzative territoriali, finalizzate al raggiungimento della migliore integrazione sociosanitaria e della necessaria uniformità aziendale.
Collabora con la Conferenza territoriale sociosanitaria assicurando il supporto tecnico in materia di integrazione socio-sanitaria, il governo delle politiche di integrazione sociosanitaria dell'Azienda e il rispetto degli impegni di pertinenza sociosanitaria assunti dall'Azienda tramite intese e accordi con gli Enti Locali ed eventuali altri soggetti.
Garantisce le necessarie connessioni tra l'Azienda e altri soggetti istituzionali, per il buon funzionamento degli Uffici di piano quali strutture tecniche competenti nella programmazione e monitoraggio dell'Area sociale e sociosanitaria.
Coordina le politiche dell'Azienda nelle relazioni con il terzo settore e con le rappresentanze delle cittadine e dei cittadini sui temi di propria competenza.

3.3 Il rapporto tra i soggetti istituzionali e gli attori sociali pubblici e privati nella costruzione del welfare territoriale e comunitario

Il modello di welfare territoriale e comunitario che con questo Piano si intende promuovere è costruito a partire dalla programmazione, una delle funzioni strategiche del sistema pubblico, alla quale spetta il compito di intercettare i cambiamenti, l'emergere di bisogni diversi dall'esistente e anche di nuove risorse. Attraverso la programmazione si costituiscono relazioni significative tra i diversi livelli istituzionali e i soggetti pubblici e privati, e si realizza, nel rispetto delle relative competenze, il coinvolgimento di tutti i soggetti che a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo, e quindi l'affermazione dei diritti di cittadinanza. I soggetti pubblici e privati, nonché tutti i cittadini, anche singolarmente considerati, che vivono e operano nel territorio regionale concorrono alla costruzione di questo modello, che non coincide con la somma di interventi e servizi pubblici e privati, ma è il risultato della capacità di costruire, nelle comunità locali, una convivenza che si faccia carico delle esigenze di tutti, attraverso la gestione comune di attività e la realizzazione di interventi diversi e complementari.

Si connota quindi come il risultato di un mix di investimenti pubblici e privati, for profit e non profit,

sotto un'attenta regia del pubblico, e di un esercizio attivo della cittadinanza, di natura "generativo", in cui i cittadini possano riconoscersi e mettersi in gioco, ognuno secondo le proprie possibilità, dedicando parte del proprio tempo e delle proprie capacità ad azioni per l'interesse collettivo.

In questo nuovo contesto, ricco di attori ed esperienze nuove, gli Enti locali e le Aziende USL, in quanto soggetti pubblici titolari delle competenze di governance distrettuale, sono chiamati a potenziare il loro ruolo di regolazione e controllo, nonché di sostegno ai processi partecipativi e di auto-organizzazione, connettendo le iniziative della comunità e degli attori della società economica e civile con gli interventi istituzionali.

È importante a questo fine promuovere con regolarità processi partecipativi (come le esperienze di community lab, i percorsi della L.R. 3/2010, etc.) che stimolino al massimo lo scambio e il confronto creativo tra i vari attori e che siano mantenuti attivi nel tempo con gruppi e modalità di lavoro variabili, a seconda delle questioni emergenti e delle soluzioni individuate. A livello locale cittadini e operatori dovranno sempre più formarsi e diventare "competenti" per guidare questi percorsi e facilitare il confronto e per monitorare i risultati raggiunti.

Tra gli attori particolarmente presenti nel sistema di welfare comunitario, vi sono i soggetti del Terzo settore, produttori essi stessi di molti servizi di area sociale e spesso soggetti innovatori sul piano della progettazione e sperimentazione di nuovi interventi. Sono quindi a tutti i livelli territoriali un interlocutore fondamentale per la salvaguardia e il miglioramento del sistema di welfare regionale e, attraverso le loro rappresentanze, un soggetto con il quale confrontarsi nelle varie fasi della programmazione territoriale in particolare in sede di CTSS e di Distretto.

È infatti nell'ambito della programmazione locale distrettuale, così come ripresa al capitolo 5, che si declina tale rapporto tra pubblica amministrazione e Terzo settore - anche in ottemperanza agli articoli 11, 12 e 15 della Legge 241/90 e successive modifiche e integrazioni - e si generano i presupposti per procedimenti amministrativi volti alla costruzione di rapporti di collaborazione, co-progettazione, concessione di contributi e sovvenzioni, oltre che alla definizione di accordi fra pubbliche amministrazioni.

Un altro attore fondamentale per la co-costruzione del welfare, nell'ambito di un'assunzione di responsabilità collettiva su "un nuovo sviluppo per una nuova coesione sociale" (dal Patto per il lavoro luglio 2015), è rappresentato dalle organizzazioni sindacali. La legge regionale 2/2003 riconosce il ruolo di rappresentanza sociale delle Organizzazioni Sindacali nella progettazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e assume il confronto e la concertazione come metodo di relazione con esse. In particolar modo assumono un ruolo fondamentale di concertazione ai vari livelli istituzionali.

A partire dal "Protocollo di intesa fra Regione Emilia-Romagna, le rappresentanze delle Autonomie Locali e le Confederazioni Sindacali CGIL CISL UIL sullo sviluppo dei servizi sociali e sociosanitari e sul sistema delle relazioni sindacali" del 31/5/2006, cui han fatto seguito numerosi accordi su contenuti specifici incluso il "Protocollo delle relazioni sindacali tra la Giunta Regionale e le Segreterie regionali di CGIL CISL UIL" del 21 marzo 2011, si è consolidato un percorso di concertazione e confronto con le Organizzazioni Sindacali. Il processo di elaborazione dei diversi strumenti di programmazione a livello territoriale (Regione/CTSS/Comitato di Distretto) trova nei tavoli di

concertazione con le rappresentanze delle organizzazioni sindacali, momenti di discussione preliminari e costanti sia sugli obiettivi sia sulle procedure di realizzazione. Il confronto si realizza lungo tutto l'arco della elaborazione degli strumenti di programmazione indicati e si completa con la fase di valutazione degli esiti.

Per quanto riguarda infine le esperienze di welfare aziendale territoriale e integrativo, va rimarcato il ruolo del Fondo sanitario integrativo, previsto anche dal Patto per il Lavoro e dall'accordo CGIL CISL e UIL con la Regione del 19 settembre 2016. La Regione ha in questo caso il compito di facilitare, pur nel rispetto dell'autonomia delle parti, la diffusione di questi accordi e di esperienze particolarmente innovative di contrattazione.

3.4 Il quadro dei servizi[19]

Il sistema dei servizi di area sanitaria e sociale nella nostra Regione si caratterizza per una riconosciuta elevata qualità, che lo ha reso punto di riferimento del sistema di welfare al livello nazionale.

Tutti i sistemi di valutazione confermano infatti che il Servizio sanitario della nostra Regione è una delle eccellenze italiane e compete con molti servizi sanitari europei. Lo stesso può dirsi per la capacità dei servizi sociali e socio-sanitari di offrire ai cittadini risposte qualificate.

L'intero sistema regionale è da tempo orientato verso una progressiva territorializzazione dei servizi. La Regione ha sostenuto a partire dal precedente Piano regionale un approccio a forte integrazione dal punto di vista istituzionale, organizzativo e professionale. Questo ha prodotto condizioni favorevoli per la condivisione di strumenti e modelli organizzativi e facilitato la messa in campo di strumenti condivisi per la lettura delle problematiche e delle situazioni da affrontare, nonché per l'accoglienza dei cittadini e la definizione dei percorsi di assistenza e cura. Ha inoltre prodotto, principalmente a livello distrettuale, un sistema di servizi capillare e tra loro fortemente connessi.

La nostra Regione infatti già da tempo investe risorse nell'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale, che assorbe più del 54% della spesa sanitaria. Si tratta ora di dare un impulso ulteriore a questo settore, basandosi sul concetto di rete: quella trama, invisibile per il cittadino, fatta di prossimità, proattività, flessibilità, tempestività, connessioni e integrazione tra professionisti, servizi e istituzioni. L'obiettivo è quello di garantire al cittadino un'esperienza dei servizi dedicati alla salute che consenta di utilizzare quello che serve ed è appropriato, alleggerendo, ogni volta che è possibile, i disagi dovuti alla dimensione spaziale e temporale della cura. Vanno in sostanza garantiti la ricomposizione, l'accompagnamento e la continuità nei percorsi di cura e\o nella programmazione degli interventi.

La compiuta attuazione di questo processo di territorializzazione e di ridefinizione e integrazione dei servizi in un ambito distrettuale chiama in causa un investimento sul capitale umano e professionale.

In particolare nell'area sociale, dove minori sono le fonti di finanziamento statale e maggiori i vincoli assunzionali in capo al sistema delle Autonomie Locali, si ravvisa la necessità di rinforzare le infrastrutture organizzative sociali particolarmente carenti in termini di risorse umane, soprattutto nel Servizio Sociale Territoriale, in relazione all'aumento della domanda e alla complessità degli

[19] Per un panorama quantitativo sui servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio regionale si veda l'Appendice A al presente documento.

interventi: nell'arco temporale di vigenza del Piano andranno indagate tutte le opportunità utili ad affrontare questo problema.

Accanto a una costante crescita delle competenze più strettamente tecnico-professionali, si deve maggiormente diffondere una attitudine e una cultura organizzativa diretta al lavoro di rete.

In questa direzione va il nuovo sistema di organizzazioni multiprofessionali dedicate all'assistenza primaria. La scelta di realizzare la Casa della Salute[20] in Emilia-Romagna nasce dall'idea che i cittadini possano avere luoghi visibili e facilmente raggiungibili dove trovare una risposta adeguata a diversi bisogni. Nelle Case della Salute la Regione ha individuato un modello per la promozione del lavoro interdisciplinare tra sociale e sanitario, cittadini e volontariato, visto che i bisogni delle persone non sono riconducibili ad uno specifico servizio o ad una specifica disciplina. Questa organizzazione è potenzialmente in grado di accogliere e supportare le espressioni di autoaffermazione dei cittadini in alleanza con il servizio sanitario. Una delle funzioni chiave della Casa della Salute è l'orientamento e accoglienza, di particolare rilevanza per alcuni sottogruppi di popolazione, come ad esempio cittadini di altre nazionalità - in numero crescente - ed è perciò importante avvalersi anche della competenza di mediatori interculturali e della collaborazione di associazioni di promozione sociale e organizzazioni di volontariato, per facilitare la comprensione nell'accesso alla rete dei servizi e accompagnare i percorsi di cura.

Già nel precedente Piano sociale e sanitario veniva rimarcato il tema della integrazione ospedale-territorio e della continuità assistenziale. Il sistema delle cure ospedaliere è basato su organizzazioni ad elevata qualificazione, organizzate, per quanto attiene l'alta specialità, secondo il modello Hub e Spoke, per garantire trattamenti sicuri e di qualità. Le recenti linee guida per il **riordino della rete ospedaliera**, in applicazione del Decreto ministeriale 70/2015, prevedono una serie di interventi che tuttavia non incidono in modo strutturale sull'organizzazione, dal momento che già da tempo la nostra Regione ha adottato questo modello.

Un sistema sanitario di qualità si caratterizza anche per la tempestività nella risposta. Il tema dei **tempi di attesa per le prestazioni specialistiche** è stato affrontato con decisione, e i risultati (da aprile a ottobre 2016 il 98% delle 42 prestazioni oggetto di monitoraggio risultano erogate entro i tempi previsti) ci confortano a proseguire in questa direzione, affrontando anche i tempi di attesa per i ricoveri programmati. Un servizio sanitario che mantiene le promesse guadagna credibilità, e può permettersi di chiedere al cittadino di responsabilizzarsi nella fruizione dei servizi (disdetta dell'appuntamento, appropriatezza…).

Il potenziamento delle **piattaforme logistiche ed informatiche,** per garantire servizi comuni alle Aziende sanitarie, è indispensabile per il funzionamento delle reti derivanti dalle relazioni degli Ospedali tra loro e con l'assistenza primaria. Si punta inoltre a rafforzare lo sviluppo di meccanismi comuni per la valutazione e l'acquisto di farmaci, dispositivi medici e tecnologie ad alto costo.

Anche la prevenzione e la promozione del benessere della popolazione, della salute e di stili di vita sani sono da tempo un obiettivo primario del nostro sistema integrato di servizi. il Piano regionale della Prevenzione 2015-2018 è stato costruito a partire dall'analisi dei profili di salute della

[20] D.G.R. 2128/2016 "Case della salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa".

cittadinanza e si basa sui principi dell'equità, dell'integrazione e della partecipazione attiva. Lo stesso può dirsi nell'area dei servizi sociali, dove il Servizio sociale territoriale è chiamato a elaborare, nel quadro della programmazione territoriale, un quadro delle fragilità e delle risorse della comunità di riferimento, nonché a promuovere e sostenere attivamente iniziative e progetti rivolti alla comunità, finalizzati a prevenire situazioni di disagio ed emarginazione, azioni volte a ridurre il grado di vulnerabilità delle persone o delle famiglie, anche attraverso processi di co-progettazione con gli altri attori sociali, valorizzando le forme di autorganizzazione, formalizzate e non, già presenti sul territorio. I Consultori familiari e i Centri per le famiglie costituiscono poi un importante presidio per la promozione del benessere delle famiglie e il sostegno alla genitorialità, a partire dalla gravidanza e successivamente nei momenti critici e di evoluzione della vita famigliare. Hanno l'obiettivo di prevenire o ridurre, attraverso la loro attività integrata, le esperienze di disagio familiare anche laddove vi sia un aumento del rischio di fragilità dei genitori e del nucleo familiare.

Il Servizio sociale territoriale rappresenta lo snodo più vicino alle comunità locali. Il modello di recente delineato dalle linee guida regionali (D.G.R. 1012/2014) è quello di un servizio che, dallo sportello sociale fino al servizio sociale professionale, costituisce un unicum non divisibile. Questa sua integrità e completezza consente di relazionarsi, collaborare e co-costruire con i cittadini, le istituzioni e la comunità di cui fa parte. Per questo è importante favorire lo sviluppo di modelli organizzativi e gestionali di ambito distrettuale, coerenti con il dettato e l'attuazione della L.R. 21/2012 e della L.R. 12/2013: tale dimensione distrettuale caratterizza le politiche sociali e socio-sanitarie sul nostro territorio regionale ed è la più adeguata a garantire unitarietà e omogeneità nell'organizzazione e nella gestione del Servizio.

Pertanto, nel primo triennio di vigenza del nuovo PSSR dovrà essere completata la costituzione di Servizi sociali territoriali di ambito distrettuale tramite la riorganizzazione dei servizi sociali.

È chiaro che le attività rivolte ai cittadini dovranno rimanere saldamente ancorate ai contesti territoriali, anche attraverso gli sportelli sociali, per garantire la prossimità al territorio e la possibilità di integrazione del Servizio con il distretto ed i diversi attori e servizi locali (inclusi, per quanto riguarda l'accesso, gli altri punti/sportelli quali Centri per le famiglie, Sportelli immigrati, Punti unici d'accesso…). In questa ottica è auspicabile che nelle Case della salute di dimensioni medio-grandi sia collocato lo sportello sociale per assicurare la massima integrazione dei percorsi.

L'introduzione delle nuove misure di contrasto alla povertà pone sfide ulteriori al Servizio sociale territoriale nel costruire e realizzare approcci e strumenti in parte innovativi: la "lettura" e la presa in carico del nucleo famigliare nel suo insieme, la capacitazione dei diversi componenti e la relazione pattizia con il singolo, la potenziale temporaneità del bisogno e la condizionalità dell'intervento, tutti elementi che si collegano strettamente a processi lavorativi fortemente multiprofessionali e interistituzionali, a modalità di valutazione omogenee e condivise, a percorsi di monitoraggio/accompagnamento "a più voci".

È stato avviato nel corso del 2016 il primo monitoraggio delle dotazioni di personale dei Servizi sociali territoriali, che consentirà di conoscere meglio la realtà organizzativa e la consistenza dei servizi e potrà fornire informazioni utili per promuovere una strutturazione più appropriata a rispondere ai bisogni del territorio e alle funzioni del Servizio sociale territoriale definite dalle Linee guida regionali.

Per quanto riguarda l'insieme dei servizi e interventi rivolti a persone e famiglie si è costruito e finanziato negli anni un sistema a livello distrettuale e regionale, pur nell'assenza di una puntuale definizione dei livelli essenziali di prestazioni previsti dalla Legge 8 novembre 2000, n. 328. Atti e normative regionali, a partire anche dai welfare locali, hanno concorso a una definizione progressiva di tale sistema che oggi costituisce una rete che va dall'accesso alla presa in carico fino all'erogazione, e che si rivolge ad alcune categorie di cittadini, portatori di specifici bisogni sociali. Tale rete costituisce di fatto l'offerta da garantire in maniera omogenea sul territorio regionale, è costruita in collaborazione e cofinanziamento tra Stato, Regione ed Enti Locali ed è riconducibile allo schema contenuto nel Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali del 4 maggio 2015 "Ripartizione delle risorse finanziarie afferenti alle politiche sociali, per l'anno 2015" (riportato nell'Appendice B al presente Piano).

Questo schema è di riferimento per il trasferimento da parte della Regione, e per l'impiego da parte degli ambiti distrettuali, delle risorse di provenienza statale (in particolare del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali), che concorrono alla realizzazione del sistema locale dei servizi e degli interventi sociali di titolarità dei Comuni ed è coerente con le rilevazioni previste dal Sistema informativo di interventi e servizi sociali nazionali (SISS).

Lo schema suddivide il sistema dei servizi in 5 macro livelli trasversali alle tre aree di intervento delle Responsabilità familiari, Disabilità e non autosufficienza, Povertà ed esclusione sociale.

I 5 macrolivelli - come dettagliati di seguito - disegnano le tipologie di servizio che devono costituire i welfare regionali e locali e di fatto corrispondono all'ossatura del nostro sistema regionale. Per ciascun macrolivello vengono individuati specifici obiettivi di servizio:

1. servizi per l'accesso e la presa in carico (obiettivi di servizio: accesso, presa in carico, pronto intervento sociale);
2. servizi e misure per favorire la permanenza al domicilio (obiettivi di servizio: assistenza domiciliare, servizi di prossimità);
3. servizi per la prima infanzia e servizi territoriali comunitari (obiettivi di servizio: asilo nido e altri servizi per la prima infanzia, centri diurni e altri servizi territoriali comunitari);
4. servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità (obiettivi di servizio: comunità/residenze a favore dei minori e persone con fragilità);
5. misure di inclusione sociale-sostegno al reddito (obiettivi di servizio: misure/interventi per facilitare inclusione e autonomia, misure di sostegno al reddito).

Il Sistema informativo regionale che alimenta e integra il SISS, assicura la disponibilità dei dati significativi relativi all'analisi dei bisogni e dell'offerta di servizi e strutture socio-educative, socio-assistenziali e socio-sanitarie del territorio e supporta la Regione e gli Enti locali nella programmazione e valutazione delle politiche sociali e nella verifica del corretto utilizzo delle risorse.

L'obiettivo tendenziale è realizzare un sistema omogeneo di offerta con riferimento ad alcuni servizi e interventi ritenuti essenziali, che garantisca la tutela dei diritti sociali e una maggiore equità territoriale nella loro distribuzione a livello regionale.

Tale riequilibrio dell'offerta dovrà avvenire nell'arco del triennio di vigenza del piano e dovrà tenere conto delle indicazioni specifiche, quali standard di riferimento, che per alcune tipologie di servizio sono state stabilite negli ultimi anni in alcuni atti regionali (ad es. per il Servizio sociale territoriale).

Le rendicontazioni relativo all'impiego dei suddetti fondi e le rilevazioni del Sistema informativo regionale concorrono al monitoraggio dell'offerta dei servizi.

In coerenza con gli obiettivi di servizio definiti a livello nazionale e citati sopra, e con gli standard definiti per alcune tipologie la Regione si impegna, nel quadro delle risorse regionali disponibili, a un aggiornamento e definizione dei livelli di intervento e di servizio ritenuti essenziali, con riferimento al sistema locale dei servizi sociali a rete di cui all'art. 5 della legge regionale 2/2003[21].

3.5 Il quadro delle risorse finanziarie

- **Il finanziamento dei servizi di area sociale e socio sanitaria**

Dal punto di vista delle fonti di finanziamento il sistema dei servizi sociali e socio sanitari è sostenuto da un mix di risorse, di provenienza statale, regionale, comunale e comunitaria, oltre che dalla compartecipazione degli utenti; l'insieme dei flussi viene armonizzato e finalizzato prevalentemente dal livello di governo distrettuale e di singolo Ente locale. È questo livello inoltre che sostiene con la maggior parte delle risorse l'erogazione di servizi e interventi.

Il governo regionale, con risorse proprie di bilancio e anche attraverso l'utilizzo dei Fondi europei, si impegna a finanziare il FRNA, il Fondo sociale locale, il RES e la Legge 14/2015 sulla base della

[21] «Art. 5 "Interventi e servizi del sistema locale dei servizi sociali a rete"
1. I Comuni promuovono e garantiscono, nei modi e nelle forme indicate agli articoli 15, 16 e 17, la realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, al fine di dare risposta ai bisogni sociali della popolazione.
2. Il sistema locale si compone di un insieme di servizi ed interventi progettati e realizzati in maniera integrata e coordinata nei diversi settori che riguardano la vita sociale, dai diversi soggetti pubblici e privati di cui alla presente legge.
3. Per l'individuazione dell'ambito associativo e per la localizzazione dei servizi, i Comuni perseguono prioritariamente l'obiettivo di facilitare l'accessibilità da parte delle persone, tenendo conto, in particolar modo, delle esigenze della popolazione anziana e dei disabili, nonché delle esigenze di tutela dei minori.
4. I servizi e gli interventi del sistema locale comprendono in particolare:
a) consulenza e sostegno alle famiglie ed a chi assume compiti connessi al lavoro di cura ed alle responsabilità genitoriali, anche attraverso la disponibilità di servizi di sollievo;
b) servizi ed interventi a sostegno della domiciliarità, rivolti a persone che non riescono, senza adeguati supporti, a provvedere autonomamente alle esigenze della vita quotidiana;
c) accoglienza familiare di persone prive di adeguate reti familiari;
d) servizi ed interventi residenziali e semiresidenziali volti all'accoglienza di persone i cui bisogni di cura, tutela ed educazione non possono trovare adeguata risposta al domicilio;
e) servizi ed interventi volti ad affiancare, anche temporaneamente, le famiglie negli impegni e responsabilità di cura;
f) servizi ed interventi, quali case e centri antiviolenza, finalizzati a fornire consulenza, ascolto, sostegno ed accoglienza a donne, anche con figli, minacciate o vittime di violenza fisica, sessuale, psicologica e di costrizione economica;
g) servizi ed interventi di prevenzione, ascolto, sostegno ed accoglienza per minori vittime di abuso, maltrattamento ed abbandono;
h) servizi ed interventi volti a promuovere opportunità per adolescenti e giovani nei loro ambienti di vita, anche attraverso l'utilizzo di spazi di ascolto, aggregazione e socializzazione;
i) servizi ed interventi di prima necessità rivolti a persone a rischio di emarginazione, anche per l'accoglienza, il sostegno e l'accompagnamento nei percorsi di inserimento sociale;
j) interventi di sostegno all'inserimento e reinserimento lavorativo delle persone disabili e in condizione di fragilità e vulnerabilità, anche in attuazione della legge regionale 30 luglio 2015, n. 14 (Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari);
k) servizi d'informazione, di ascolto ed orientamento sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e le risorse del sistema locale e sulle modalità di accesso;
l) misure di contrasto delle povertà e di sostegno al reddito.»

programmazione unitaria distrettuale. La Regione intensificherà in parallelo l'azione nei confronti del Governo per assicurare livelli di finanziamento strutturale adeguato ai livelli essenziali di assistenza in sanità e al sistema dei servizi sociali da garantire alla popolazione.

In maniera non continuativa intervengono, in modo diversificato localmente, ulteriori finanziamenti di provenienza pubblica o privata, frutto di specifici accordi, intese, collaborazioni o donazioni.

Il governo regionale mira prioritariamente a ricomporre il quadro delle diverse risorse e a orientarne l'utilizzo, condividendo le priorità con il sistema delle autonomie locali, nel rispetto dei vincoli di finalizzazione posti dal livello nazionale, e allineando il più possibile tempi, strumenti e obiettivi al fine di ottimizzarne l'uso e favorire processi di consolidamento e innovazione.

A) Risorse di provenienza statale
Le principali fonti di finanziamento statale provengono da:

Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS)
È un fondo destinato alle Regioni per lo sviluppo della rete integrata di interventi e servizi sociali, come previsto dalla Legge 328/2000.
Si tratta di un Fondo in cui lo Stato interviene, nel quadro delle proprie competenze costituzionali, distribuendo le quote alle Regioni titolari degli interventi, dopo averne definito il riparto con la Conferenza Unificata (d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281). Si tratta di fondi che finanziano la rete ordinaria di interventi e servizi sociali e specifiche progettualità solo laddove previsto nell'intesa con le Regioni e le autonomie locali. Come sopra richiamato il FNPS è destinato al finanziamento dei servizi secondo lo schema contenuto nel Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali del 4 maggio 2015 "Ripartizione delle risorse finanziarie afferenti alle politiche sociali, per l'anno 2015".
Se tra il 2008 e il 2010 i trasferimenti del Ministero alle Regioni sono stati drasticamente ridotti (se non sostanzialmente azzerati nel 2012), con la legge di stabilità del 2015 si è provveduto a stabilire una dotazione finanziaria annua, strutturale**.**
Il controllo della regolarità della spesa e dell'andamento dei flussi finanziari, vale a dire l'attività di rendicontazione e di monitoraggio, è una delle condizioni per l'erogazione del finanziamento.

Fondo per la lotta alla Povertà e all'Esclusione sociale
Istituito ai sensi dell'articolo 1, comma 386, della legge 208 del 2015 presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali al fine di garantire l'attuazione di un Piano nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, comprende le risorse finalizzate all'attuazione della misura nazionale SIA - Sostegno all'inclusione attiva ed in prospettiva del Reddito di Inclusione (REI), così come individuato ai sensi della Legge 15 marzo 2017, n. 33 "Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali".

Fondo Politiche della Famiglia
È stato istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri per promuovere e realizzare interventi a tutela della famiglia, in tutte le sue componenti e le sue problematiche generazionali, nonché per supportare l'Osservatorio nazionale sulla famiglia (art. 19, comma 1, del Decreto Legge 4 luglio 2006, n° 223, convertito, con modificazioni, dalla legge n° 248 del 4 agosto 2006).

Fondo per le Politiche relative ai Diritti e alle Pari Opportunità

È stato istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri per promuovere le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità (art. 19, comma 3, Decreto Legge 4 luglio 2006, n. 223 convertito in Legge 248/2006).
È a valere su questo fondo che vengono stanziate tra le atre risorse destinate:

- all'apertura di nuovi centri antiviolenza e case rifugio e al potenziamento di quelli già esistenti e a ulteriori iniziative regionali in tema di violenza di genere;
- alla realizzazione delle quattro linee d'azione previste dal Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere, con particolare attenzione all'inserimento lavorativo delle donne vittime di violenza, alla realizzazione di interventi per l'autonomia abitativa, allo sviluppo di azioni di formazione del personale sanitario e socio sanitario e all'implementazione dei sistemi informativi.

Fondo per le Misure anti-tratta

Formalmente istituito con l'articolo 12 della Legge 228/2003 "Misure contro la tratta di persone", è destinato al finanziamento delle misure di assistenza alle vittime di grave sfruttamento e tratta di esseri umani, previste dall'articolo 18 del d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286, così come riformulate dal DPCM del 16 maggio 2016, che ha definito il nuovo Programma unico di emersione, assistenza e integrazione sociale.
Le risorse sono in capo al Dipartimento per le Pari Opportunità, al quale spetta il coordinamento del sistema nazionale di interventi in materia, nonché il compito di adottare periodicamente un apposito Bando per individuare i progetti finanziabili e le modalità di attuazione degli stessi.
In Emilia-Romagna i finanziamenti del Fondo anti-tratta sono utilizzati per sostenere il sistema di interventi denominato "Oltre la Strada", rete di amministrazioni locali e soggetti del terzo settore promossa dalla Regione che da 20 anni, in continuità, realizza azioni finalizzate al contrasto delle forme di tratta e grave sfruttamento in ambito sessuale e lavorativo, e attua per la tutela e assistenza delle vittime le misure previste dalla normativa nazionale e regionale.

Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNNA)

Il Fondo nazionale per la non autosufficienza è stato istituito nel 2006 con Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (art. 1, co. 1264), con l'intento di fornire sostegno a persone con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti al fine di favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione, nonché per garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali. Tali risorse sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni nonché da parte delle autonomie locali e sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria.

Fondo per l'Assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare ("Dopo di Noi")

Il Fondo è stato istituito con Legge 22 giugno 2016, n.112, art. 3, ed è destinato alle seguenti finalità: a) attivare e potenziare programmi di intervento volti a favorire percorsi di deistituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e che tengano conto anche delle migliori opportunità offerte dalle nuove tecnologie; b) realizzare, ove necessario e, comunque, in via residuale, nel superiore interesse delle persone con disabilità grave, interventi per la permanenza temporanea in una soluzione abitativa extrafamiliare per far fronte ad eventuali situazioni di emergenza, nel rispetto della volontà delle persone con disabilità grave, ove possibile, dei loro genitori o di chi ne tutela gli

interessi; c) realizzare interventi innovativi di residenzialità per le persone con disabilità grave, volti alla creazione di soluzioni alloggiative di tipo familiare e di co-housing; d) sviluppare, ai fini di cui alle lettere a) e c), programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile delle persone con disabilità grave.

B) Risorse di provenienza regionale
Le principali fonti di finanziamento regionale sono le seguenti:

Fondo sociale regionale
L'art. 46 della L.R. 2/2003 istituisce il Fondo sociale regionale e ne determina la composizione. In esso confluiscono le risorse provenienti dallo Stato a seguito del riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali, le risorse integrative regionali determinate annualmente con legge di bilancio, le eventuali altre assegnazioni statali vincolate ad interventi socioassistenziali e le risorse derivanti dagli organismi dell'Unione Europea finalizzate ad iniziative ed interventi in materia di politiche sociali.
Nel Fondo sociale regionale è pertanto ricompresa una quota di risorse proprie della Regione che annualmente sono definite in sede di approvazione del bilancio regionale.
Tali risorse concorrono, secondo quanto stabilito all'art. 47 della L.R. 2/2003 a sostenere:

a) spese per interventi diretti della Regione relativi a sistema informativo regionale dei servizi sociali e monitoraggio, studi e ricerche, concorso alle sperimentazioni volte a rispondere a nuovi bisogni sociali e ad individuare nuove modalità organizzative e gestionali, alla realizzazione di iniziative formative, divulgative e di approfondimento;
b) l'attuazione dei piani di zona per la salute e il benessere sociale.

La Giunta regionale, sentita la Commissione assembleare competente, annualmente individua le azioni per il perseguimento degli indirizzi del Piano regionale e ripartisce le risorse del Fondo sociale regionale.
Le risorse di provenienza regionale possono concorrere a promuovere anche in accordo con gli ambiti territoriali, azioni di miglioramento e innovazione sia nell'area dei servizi e della loro organizzazione, sia nell'area dell'ascolto, dell'attivazione e della promozione della comunità.

Fondo regionale a sostegno della legge "Misure di contrasto alla povertà e al sostegno al reddito"
La L.R. 24/2016 prevede all'art. 2 l'istituzione del Reddito di solidarietà, quale misura regionale diretta a contrastare la povertà, l'esclusione sociale e la disuguaglianza, attraverso l'erogazione di un sostegno economico, accompagnato da un progetto di attivazione sociale ed inserimento lavorativo, finalizzato a superare le condizioni di difficoltà del richiedente e del relativo nucleo familiare. A tal fine la Regione Emilia-Romagna ha appositamente stanziato risorse del bilancio regionale dedicate alla copertura della misura.

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA)
Con il Programma annuale di ripartizione del Fondo regionale per la non autosufficienza la Regione assegna risorse che sono destinate a promuovere lo sviluppo equilibrato della rete dei servizi per la non autosufficienza, in termini di consolidamento, ampliamento, articolazione, qualificazione e potenziamento degli interventi che sostengono le famiglie ed il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti. Il fondo assume natura strutturale. Si sottolinea la necessità in prospettiva di prevederne l'incremento a fronte dei dati demografici.
A livello distrettuale, il Comitato di distretto:

a) esercita le funzioni di governo relativamente alla programmazione di ambito distrettuale approvando il Piano delle attività per la non autosufficienza nell'ambito del Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale e dei Piani attuativi annuali, ricostruendo preventivamente il quadro completo degli interventi, dei servizi e degli impegni finanziari di competenza del FRNA ed anche delle attività dei Comuni. Nel rispetto dei criteri minimi regionali, il Piano delle attività per la non autosufficienza definisce le priorità di utilizzo del FRNA tra i diversi servizi ed interventi in relazione alla specificità del territorio;
b) assicura il costante monitoraggio della domanda, dell'accesso al sistema, del ricorso ai servizi e dell'utilizzo delle risorse, utilizzando strumenti e criteri condivisi a livello regionale;
c) assicura, per il tramite del nuovo Ufficio di piano, la gestione delle risorse del FRNA ed in prospettiva gestisce i rapporti ed i contratti di servizio con i produttori, a seguito dell'implementazione a regime dell'accreditamento.

C) Risorse di provenienza comunale

I Comuni sostengono, come si è detto, con risorse proprie e derivanti da altri Fondi, la maggior parte del finanziamento del sistema dei servizi e degli interventi, programmando e/o gestendo una quota di finanziamento anche a livello associato sovracomunale (tramite Unione o Comitato di Distretto). In specifico i Comuni esercitano le funzioni di programmazione e committenza sulla quasi totalità del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari con l'apporto di propri fondi che, in alcune aree, costituiscono il finanziamento di gran lunga maggioritario, in altre un co-finanziamento di risorse di provenienza regionale e nazionale (ad esempio nell'area della non autosufficienza, della disabilità, del contrasto alla povertà). Il sistema dei servizi socio-sanitari, in particolare, si è in questi anni sempre più integrato a livello di programmazione, committenza e spesa con il sistema dei servizi di area sanitaria, linea di lavoro fortemente sostenuta dalla programmazione regionale e da un sistema di prassi territoriali sempre più esteso.

D) Risorse provenienti dall'Unione Europea

Gli Enti locali possono contare, oltre che sulle fonti di finanziamento nazionali e regionali, anche su quelle comunitarie. Si tratta prevalentemente di fondi europei a finalità strutturale che finanziano interventi concernenti la politica di coesione economica e sociale e la politica agricola comune e che quindi hanno un impatto sullo sviluppo sociale del territorio e sui livelli di benessere collettivo. Tali fondi prevedono generalmente un co-finanziamento da parte degli Stati membri.
In particolare, rilevanti per la programmazione delle politiche sociali, sono il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR) e il Fondo Sociale Europeo (FSE). Obiettivo della Regione è promuovere l'accesso a tali fondi da parte di un numero crescente di soggetti e la piena integrazione di tali misure con le politiche sociali territoriali finanziate attraverso i canali tradizionali.

Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI)

È il fondo strutturale 2014-2020 con il quale la Commissione europea sostiene le politiche in materia di immigrazione degli Stati membri, individuando come beneficiari i cittadini di Paesi Terzi.
Nell'ottica di assicurare la rispondenza tra politiche nazionali e priorità individuate a livello comunitario, la Commissione ha definito con ogni Stato membro un Programma Nazionale che si compone di obiettivi generali e specifici declinati su tre assi tematici: Asilo (accoglienza, integrazione, resettlement), Integrazione (apprendimento linguistico, accesso ai servizi, sostegno al successo formativo, contrasto alla dispersione scolastica, supporto all'autonomia e all'integrazione socio-lavorativa dei MSNA, partecipazione alla vita pubblica, raccordo con le politiche del lavoro) e Rimpatrio (misure di accompagnamento e di ritorno).

La partecipazione ai progetti avviene a seguito di Avvisi nazionali promossi dall'Autorità Responsabile del Fondo (Ministero dell'Interno) in materia di Asilo, Rimpatrio e apprendimento della lingua italiana o dall'Autorità Delegata (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali) in materia di integrazione sociale e lavorativa dei migranti.

Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR) e Fondo Sociale Europeo (FSE)

Il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR) promuove lo sviluppo armonioso del territorio comunitario e della coesione economica e sociale.

Il Fondo Sociale Europeo (FSE) sostiene l'integrazione delle persone svantaggiate e dei diversamente abili nella forza lavoro ed attività che combattono la discriminazione nell'accesso all'occupazione e sul luogo di lavoro. Promuovere la piena integrazione e partecipazione dei gruppi svantaggiati è infatti un elemento prioritario di tutte le politiche comunitarie, non soltanto di quelle correlate all'occupazione. Il Fondo Sociale Europeo viene programmato sia a livello nazionale che a livello regionale tramite l'approvazione da parte della Commissione Europea del Piano operativo nazionale (PON) e il Piano Operativo Regionale (POR). I Piani Operativi contengono la strategia di programmazione delle risorse disponibili 2014/2020. Il programma operativo si sviluppa nell'ambito di obiettivi tematici propri del Fondo sociale europeo, che la Regione, per quanto riguarda il POR, ha declinato sulla base delle priorità e del contesto del nostro territorio. Di rilievo, in ottica di integrazione tra politiche sociali e del lavoro è l'attuazione dell'Obiettivo Tematico 9 Asse II – Inclusione sociale e lotta contro la povertà che ha come finalità promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà e ogni discriminazione.

- **Dal Fondo sociale regionale al Fondo locale di ambito distrettuale**

Da diversi anni la Regione trasferisce la quasi totalità delle risorse che compongono il fondo sociale regionale all'Ente capofila distrettuale, per l'istituzione di un fondo locale di ambito distrettuale che finanzi interventi e servizi. L'Ente capofila viene individuato dagli Enti locali associati secondo le indicazioni del presente Piano (in particolare al paragrafo 3.2). Nel Fondo sociale regionale confluiscono, come sopra richiamato, ai sensi dell'art. 46 c.2 della L.R. 2/2003, le somme provenienti dallo Stato a seguito del riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali, le ulteriori risorse integrative regionali da determinarsi con legge di bilancio, le eventuali altre assegnazioni statali vincolate ad interventi socio-assistenziali o socio-sanitari, le risorse derivanti da organismi dell'Unione europea per iniziative ed interventi in materia di politiche sociali.

Tali risorse affluiscono al Fondo sociale locale e sono integrate dalle risorse proprie dei Comuni destinate al finanziamento di programmi e/o interventi servizi gestiti in forma associata.

Nel fondo confluiscono le risorse pubbliche e le risorse dei soggetti privati che partecipano all'accordo di programma, attraverso i protocolli di adesione, ai sensi dell'articolo 29, comma 6. Al fondo locale possono concorrere donazioni, o altre liberalità da parte di soggetti di cui all'articolo 2, comma 2, o da altri soggetti privati, anche non partecipanti all'accordo di programma, per il rafforzamento del sistema locale o per sperimentazioni miranti al consolidamento del sistema di protezione sociale e solidaristico.

- **Il finanziamento dei servizi di area sanitaria**

A partire dal 2016 le risorse che annualmente la Legge di stabilità, ora di bilancio dello Stato destina alla copertura del cosiddetto "fabbisogno sanitario standard" hanno ripresto un ritmo di crescita, a

valenza pluriennale: 111 miliardi di euro nel 2016, 112,578 miliardi per il 2017, con una crescita prevista di 1 miliardo l'anno per ciascuno degli anni 2018 e 2019.
Il 2017 è l'anno di avvio:

- dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (praticamente immutati dal DPCM del 2001 che ne aveva sancito l'inizio), in parte già anticipati in alcune regioni italiane, tra cui la nostra, ed è anche l'anno in cui il sistema delle "regole" con le quali le prestazioni vengono valorizzate sotto il profilo economico (le tariffe) vede una sua complessiva ridefinizione;
- del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) e delle conseguenti nuove e ampliate coperture vaccinali per corti di popolazione specifica;
- di Fondi specifici a copertura (anche se parziale) della innovazione nell'area dei farmaci oncologici e di consolidamento per quanto riguarda il fondo per farmaci HCV;
- dei rinnovi contrattuali per il personale dipendente dal SSN le cui retribuzioni sono ancora ancorate ai contratti stipulati ante 2010.

Il 2017 è anche l'anno di avvio di una complessiva riflessione circa i criteri con i quali il fabbisogno sanitario standard nazionale viene ripartito tra le Regioni; oggi il criterio prevalente è la numerosità della popolazione di cui viene valutato - anche se parzialmente - il consumo di prestazioni sanitarie in relazione alle diverse fasce di età.
A livello regionale il fabbisogno sanitario standard, che si traduce nel volume complessivo delle risorse che alimenta il Fondo Sanitario Regionale, ha avuto un incremento coerente con il trend nazionale. A partire dal 2015 il SSR registra un autonomo equilibrio economico-finanziario; il Bilancio regionale non ha stanziato risorse aggiuntive per il fabbisogno finanziario annuale del SSR e gli stanziamenti annuali di risorse regionali danno copertura esclusivamente a partite pregresse e ad anticipazioni, per conto dello stato, degli indennizzi ai soggetti emotrasfusi.
Le analisi sulla spesa delle singole aziende sanitarie e in particolare il costo pro-capite registrato nelle diverse aree provinciali evidenzia ancora significative differenze tra le aziende, che pertanto devono essere supportate da finanziamenti specifici, ulteriori rispetto al finanziamento per livelli di assistenza da assicurare alla popolazione residente. Permangono quindi situazioni che richiedono ulteriori azioni di efficientamento, ma anche di ulteriori analisi e approfondimenti.
Da queste analisi e approfondimenti dovranno scaturire anche gli elementi per adeguare il sistema di finanziamento delle aziende USL rispetto alle modalità attuali, e porre in essere meccanismi in grado di cogliere gli aspetti che diversificano le singole aree della regione. Anche sul versante delle aziende ospedaliere, alla luce delle norme, introdotte dalla legge di stabilità 2016 in tema di Piani di rientro, nonché del nuovo sistema tariffario che andrà in vigore a partire dal 2017, occorrerà ripensare e riformulare l'entità dei finanziamenti legati alle funzioni esercitate dalle aziende stesse, che non si riflettono in un sistema che valorizza le singole prestazioni prodotte.

4. Le aree di intervento trasversali

Premessa
Per rinnovare il nostro welfare sulla base di un orientamento culturale e organizzativo più integrato tra le politiche e i servizi, tra questi e il terzo settore, e più centrato sulle persone, le famiglie e le comunità, si sono enucleate cinque aree di intervento trasversali ai target tradizionali, come politiche di sviluppo del Piano.

Questa indicazione nasce dalla consapevolezza delle condizioni di vita sempre più complesse e differenziate nella nostra società, che mettono in crisi la tradizionale classificazione dei bisogni in

target e, in diversi casi, le risposte standardizzate della nostra offerta: si vuole valorizzare e integrare al meglio le elevate competenze professionali, gli strumenti e le metodologie innovative - costruite finora nei diversi ambiti di cura - con i bisogni emergenti e con le potenziali risorse delle persone.

Superare la frammentazione settoriale, degli interventi e delle conoscenze, significa riferirsi consapevolmente a una visione ecologica dello sviluppo umano e riconoscere valore all'insieme delle risorse personali, relazionali e sociali. Ciascun essere umano è implicato, e più o meno abile, nelle continue interazioni adattive e reciproche con il contesto e queste interazioni si svolgono a loro volta in un "ambiente" costituito di relazioni, tra persone, spazi, istituzioni, parti di comunità..., ma anche tra le diverse situazioni ambientali e tra i contesti più ampi.

La trasversalità delle politiche e la centralità della persona, derivanti anche dall'assunzione di questa prospettiva, sono opzioni condivise nel percorso di elaborazione del Piano da tutti i soggetti istituzionali e sociali del territorio regionale. Questa impostazione viene proposta come un approccio che ciascun attore deve tendenzialmente assumere che sia pubblico amministratore, operatore professionale dei servizi, volontario, cittadino, impresa privata sociale o for profit.

Questo approccio non intende superare l'organizzazione dei servizi sociali per target, e la finalizzazione delle risorse, anche di derivazione nazionale, in gran parte ad oggi vincolate; ugualmente i diversi piani di settore, annuali e poliennali sono validi e necessari strumenti mirati alle fragilità e alle discriminazioni più evidenti e alla tutela di diritti e livelli essenziali di assistenza (ad esempio il Fondo per la non autosufficienza, il Programma per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri, ecc.). Si intende piuttosto orientare ciascuna "parte del sistema" - le istituzioni, il terzo settore, il profit o le famiglie - quando mette a disposizione risorse specifiche per azioni di cura e inclusione, ad adottare una prospettiva di co-costruzione, uno sguardo comune e integrato, aperto verso gli altri punti di vista, che guarda oltre le proprie specificità senza negarle, nella consapevolezza che tale apertura è sempre più ineludibile per dare risposte efficaci. In questo assetto, l'approfondimento, lo stimolo, la costruzione di pratiche di co-progettazione tra P.A. ed enti di terzo settore possono essere lo strumento per cogliere al meglio l'orizzonte della trasversalità sopra definito.

A. POLITICHE PER LA PROSSIMITÀ E LA DOMICILIARITÀ

Accogliere e accompagnare le persone nel loro contesto di vita e nei servizi, e nelle loro scelte e capacità.

Questa area comprende gli interventi di attivazione dei percorsi e servizi utili a consentire alle persone di rimanere nell'ambiente originario di vita, se lo desiderano, e a renderlo più vicino e fruibile: **non solo la casa ma il contesto della quotidianità** fatto di attività, di spazi e tempi, di relazioni e conoscenze, che hanno senso per loro.

Si tratta di costruire risposte di cura e percorsi di affiancamento "a più mani", attenti alle differenze culturali, integrati in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare anche un supporto comunitario. Questa rete coinvolge, qualifica e supporta le risorse dei caregiver, considerando anche la presenza diffusa di assistenti familiari private, del contesto informale, del privato sociale e della comunità.

Alla domiciliarità si connette la prossimità dei servizi, come interlocutori vicini alle persone e alle

famiglie e ai loro tempi e spazi quotidiani: servizi capaci di interventi riparativi competenti e specializzati, ma anche di sostegno e accompagnamento, aperti all'ascolto, animatori, attivatori e registi delle reti.

La prossimità è un approccio dei servizi che nasce anche da bisogni emergenti difficilmente classificabili nell'ambito delle risposte tradizionali e che spesso rimangono invisibili ai servizi. È caratterizzato "dall'andare verso" e quindi essere nei luoghi di vita, utilizzare una metodologia di lavoro comunitaria, mettere la relazione e la persona al centro del proprio intervento, essere trasversale a diverse istituzioni, soggetti, servizi.

I nuovi bisogni nascono in condizioni sociali complesse, e le risposte non possono essere selezionate dentro pacchetti predefiniti a cui attingere, vanno piuttosto costruite insieme alle persone a partire dall'ascolto, realizzato in modo sistematico, non solo in situazioni emergenziali, e dal far emergere le loro risorse nei contesti quotidiani di vita (giardini, strade, circoli, bar, locali notturni, parrocchie, moschee, centri sociali, scuole, condomini, orti...).

Si fa riferimento a un'idea di welfare relazionale che costruisce reti nelle comunità, anche professionali, come "sistema di cura" che va oltre la dimensione prestazionale, pur assicurando la protezione. Le reti sono a forte regia del pubblico, che deve sostenere anche forme innovative di integrazione con le Associazioni promuovendo alleanze tra di loro e protagonismi in positivo.

Domiciliarità e prossimità, per una presa in carico precoce e preventiva delle fragilità attraverso modalità proattive e capacitanti, sono realizzabili attraverso tre leve fondamentali:

1. sviluppo e potenziamento della collaborazione e del coordinamento tra i diversi servizi sociali, sociosanitari e sanitari, quindi lavoro collettivo, anche al fine migliorare l'innovazione dei servizi esistenti e ottimizzare gli strumenti in uso. Le figure professionali dell'assistente sociale, del medico di medicina generale, dell'infermiere, dell'educatore di strada, del mediatore linguistico culturale, svolgono un ruolo decisivo nel costruire pratiche collaborative e integrate nei contesti di cura il più possibile vicini ai luoghi in cui si forma il bisogno. I Servizi Sociali Territoriali, le Case della Salute e gli Ospedali di comunità in quanto strutture innovative per garantire l'integrazione ospedale-territorio e la continuità delle cure, sono tutti caratterizzati dall'obiettivo di migliorare l'accesso ai servizi e la presa in carico delle persone, attraverso un approccio il più possibile integrato tra servizi sanitari e sociali, in un contesto prossimo ai luoghi abituali di vita delle persone stesse. In particolare, le Case della Salute rappresentano una opportunità per facilitare la collaborazione e il coordinamento tra servizi sanitari e sociali, grazie alle relazioni informali e alla facilità nello scambio di informazioni derivante dalla presenza in un medesimo luogo di servizi e professionisti. L'implementazione di uno stile di lavoro per équipe multiprofessionali e interdisciplinari, che operano sulla base di programmi e percorsi assistenziali, rappresenta il principale strumento per rendere concreta l'opportunità offerta dalle Case della Salute.
   A questo obiettivo può concorrere inoltre il potenziamento e/o la riqualificazione degli strumenti in uso (l'unità di valutazione multidimensionale, il lavoro in équipe) e il consolidamento di nuovi strumenti di integrazione sociosanitaria per progetti di cura e di autonomia possibile, come il budget di salute. Questo strumento integrato socio-sanitario nasce a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato delle persone affette da disturbo mentale grave. Attivabile dalle Aziende USL in collaborazione con i Servizi Sociali, è composto da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute,

nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità, mediante l'attivazione di percorsi evolutivi, in alternativa e/o successivamente all'assistenza residenziale. Potenzialmente questo strumento può essere utilizzato anche nei confronti di altri target;

2. servizi dedicati, pensati come interventi o spazi intermedi tra la casa e i servizi stessi (residenziali e non), connotati da una maggiore vicinanza ai bisogni e da una dimensione relazionale meno formale, meno "istituzionale". Ne sono esempi il "lavoro di strada" (l'educativa di strada, le unità di strada), i centri per le famiglie, i centri adolescenza, il "Dopo di noi", gli appartamenti di transizione, … In questi contesti l'operatore professionale aiuta a sviluppare le occasioni di scambio e i legami di fiducia, promuove e sostiene le strategie di protezione individuale e di attivazione delle proprie capacità, presidia e supporta situazioni di difficoltà o di urgenza, o stimola la domanda di aiuto e attiva accompagnamenti da parte dei servizi del territorio;
3. responsabilità condivisa anche dai e con i cittadini, le famiglie, le associazioni, nei processi di co-progettazione per la cura della persona ma anche nella possibilità di integrare l'organizzazione dei servizi con risorse informali che non riguardano la mission specifica del servizio né certamente intendono sostituire prestazioni e competenze professionali, ma influenzano il modo in cui il servizio stesso tiene conto della persona nella sua globalità facendo sì che le attività della quotidianità (abitare, lavorare, prendersi cura, educare,…) siano in qualche misura considerate parte del processo assistenziale in corso.

In tale contesto si promuoverà la piena attuazione della legge regionale sui caregiver (L.R. 2/2014), che devono essere riconosciuti come risorse indispensabili alla rete dei servizi, con i quali devono essere meglio individuate le forme di integrazione. Il sostegno ai caregiver, la qualificazione della loro azione, il riconoscimento delle competenze maturate, costituiscono gli elementi per assicurare un significativo sviluppo alle cure domiciliari, elemento chiave per promuovere il benessere delle persone con problematiche di salute e autosufficienza.

Si fa riferimento, per quanto riguarda la condivisione di responsabilità, sia a percorsi più strutturati di coinvolgimento nelle responsabilità di cura (es. la costruzione e gestione del PAI-Progetto assistenziale individualizzato e del PEI-Progetto educativo individualizzato) sia a azioni collaborative tra servizi e comunità in integrazione con le associazioni, che consentono alle persone di vivere in modo meno traumatico e/o più efficace per la persona e per i servizi l'esperienza di cura, ricercando la conciliazione con le condizioni ed esigenze ordinarie della vita quotidiana. Ciò è realizzabile anche in contesti altamente specialistici (es. l'apertura ai familiari dei reparti di Rianimazione, la presenza di volontari nelle attese al Pronto Soccorso…). Considerare questi aspetti e riconoscere apporti "esterni" utili può portare a micro riorganizzazioni dei servizi migliorando l'uso delle risorse (spazi, tempi, operatori).

Le tre leve, adoperate insieme, mirano a realizzare gradi e modi differenziati di vicinanza e quotidianità da parte dei servizi: dal progettare e sostenere la permanenza a casa, a concretizzare una minor distanza fisica e relazionale tra servizi e persone, a coinvolgere direttamente le persone nella costruzione e gestione del progetto di cura, al far sentire le persone "a casa" anche quando sono dentro un servizio.

B. POLITICHE PER LA RIDUZIONE DELLE DISEGUAGLIANZE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Equità in pratica: nell'accogliere, considerare le differenze fra le persone e fra i gruppi, e aver cura di aumentare le competenze delle persone sulla propria salute e qualità di vita per poterla migliorare.

Per "Equità in pratica" si intende una strategia in grado di affrontare in modo operativo il grande tema del benessere sociale. In questi anni la letteratura ha fornito molte evidenze sugli effetti prodotti dai determinanti sociali in termini di disuguaglianze, dimostrando una stretta relazione tra le variabili socio-economiche, le condizioni di salute/benessere e il grado di utilizzo dei servizi[22]. I principi di eguaglianza e di universalità costituiscono presupposti ineludibili su cui si fonda l'agire dei nostri servizi. Però, alla tradizionale idea di eguaglianza in base alla quale "tutti gli individui devono venire trattati egualmente", si è progressivamente affiancata la convinzione che "a tutti gli individui devono essere garantite le stesse opportunità di accesso, di fruizione di qualità e di appropriatezza dei Servizi" (equità).

Sempre di più i nostri servizi si devono confrontare con le più svariate "diversità", non riconducibili alle tradizionali forme di classificazione dei soggetti svantaggiati (poveri, emarginati, poco istruiti, ecc.). Le diversità di genere, età, nazionalità, lingua parlata, (dis)abilità, religione, orientamento sessuale, condizioni di vita ecc., con cui si confrontano le organizzazioni sanitarie e sociali sono così profondamente mutate che al termine di "disuguaglianza sociale" si può affiancare il termine di "vulnerabilità sociale"[23], per richiamare proprio l'attenzione sulla multidimensionalità dei fenomeni e sulle nuove forme di fragilità sociale.

I servizi, oltre a realizzare "semplicemente" interventi dedicati a target specifici di soggetti (indigenti, stranieri…), devono nel contempo affinare strategie complessive di contrasto alla iniquità e di analisi dei meccanismi organizzativi alla base di possibili discriminazioni: se non si è in grado di presidiare il confronto con le tante diversità, si rischia paradossalmente di rinforzare la vulnerabilità sociale dei soggetti che si intende tutelare.
Significa creare una cultura e una organizzazione che riconoscano, osservino, rispettino e valorizzino le differenze proprie degli individui in un determinato territorio, per rispondere ai bisogni in modo che a tutti vengano garantite le medesime opportunità per raggiungere il medesimo livello potenziale di benessere. In generale ciò implica armonizzare le politiche verso lo sviluppo del benessere sociale delle nostre comunità, agendo equità e integrazione nelle diverse politiche, superando l'ottica di singoli problemi e specifiche soluzioni e ricercando un "equilibrio" più generale nell'approcciare le differenze, riguardante potenzialmente tutti i membri della comunità, e tenendo conto del fatto che agire l'equità significa compiere delle scelte che hanno a che fare con la giustizia sostanziale.

Tre sono le leve con cui si intende intervenire:

- garantire condizioni di accesso ai servizi e modi di fruizione equi e appropriati, rispettosi cioè delle differenti condizioni individuali e di gruppo: giuridiche, economiche, culturali, di genere (in particolare la medicina di genere riconosce che la salute e la malattia hanno caratteristiche diverse nell'uomo e nella donna, ed è dimostrato quanto sia appropriato, utile, economico, etico ed equo orientare la diagnosi e la cura in un'ottica di genere), di orientamento sessuale,

[22] Si rimanda al Libro Bianco sulle disuguaglianze in salute in Italia per una lettura aggiornata e completa: Costa G et al. "Le disuguaglianze sociali nella salute in Italia. Evidenze, meccanismi di generazione, politiche", FrancoAngeli 2014.
[23] Ranci C., «Fenomenologia della vulnerabilità sociale», in Rassegna italiana di sociologia, n. 4/2002.

di religione, di età, di abilità, capacità, e conoscenze, di mobilità sul territorio, ecc.). Si tratta in generale di ascoltare e avere cura delle relazioni in modo da cogliere "da vicino" le diversità, soprattutto quelle che possono trasformarsi in svantaggio o che già producono emarginazione o stigma, di personalizzare quando opportuno percorsi e risposte, ma anche di valorizzare le differenze e i talenti come risorse per l'evoluzione del nostro tessuto sociale e culturale e come opportunità di autodeterminazione piuttosto che di esclusione. In questa ottica si può ad esempio valorizzare il ruolo delle seconde generazioni di giovani stranieri, come "ponte" fra culture, come importante risorsa interculturale;

- promuovere interventi precoci e diffusi volti a rendere più ampie, approfondite e "attive" le conoscenze delle persone sulle proprie potenzialità di vivere bene in un contesto in forte trasformazione. L'obiettivo è promuovere cooperazione precoce tra tutti gli attori coinvolti per consentire alle persone di scegliere consapevolmente i propri modi di vivere e contenere rischi e disagi, nel limite delle possibilità individuali e del contesto di riferimento. Gli strumenti di programmazione, regionali e locali, devono ulteriormente orientare le attività delle istituzioni in tutti i settori (salute, scuola, mobilità, occupazione, ambiente, ...) affinché agiscano anch'esse nell'assicurare contesti sani di vita, di lavoro, e di apprendimento per aumentare le opportunità reali di scelta da parte delle persone. L'implementazione della capacità degli individui di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie è fondamentale, e le Aziende sanitarie si stanno attrezzando con tecniche e pratiche che favoriscano l'orientamento consapevole dei cittadini;
- potenziare gli interventi a sostegno dell'infanzia, degli adolescenti e della genitorialità. I bambini, le bambine e gli/le adolescenti rappresentano una risorsa fondamentale per lo sviluppo delle comunità e gli interventi atti a ridurre le diseguaglianze già dai primi anni di vita sono un investimento sul futuro. L'aumento della popolazione infantile e giovanile straniera richiede attenzione proprio in riferimento alle effettive opportunità offerte e realmente accessibili, soprattutto per quanto riguarda istruzione e formazione nella fascia adolescenziale e giovanile per contrastare la tendenza allo strutturarsi di percorsi differenziati e paralleli fra italiani e stranieri. In generale le piste di lavoro dovranno essere individuate sulla base di un forte patto tra politiche e istituzioni quali la scuola, il lavoro, la sanità, il sociale. L'integrazione dell'intervento sociale con quello sanitario, l'allargamento dei piani vaccinali, l'offerta di cure odontoiatriche alla popolazione infantile e giovanile, attraverso l'istituzione di un apposito fondo sperimentale integrativo, costituiscono esempi di politiche sanitarie in questa direzione.

C. POLITICHE PER PROMUOVERE L'AUTONOMIA DELLE PERSONE

Strumenti e opportunità per l'"uscita" dalla fragilità, per l'autodeterminazione e l'indipendenza

Si vogliono potenziare gli strumenti a disposizione delle istituzioni, degli operatori, delle organizzazioni per integrare le politiche sociali e sanitarie con le politiche educative, della formazione, del lavoro ed abitative al fine di sostenere e supportare i percorsi di autonomizzazione delle persone e delle famiglie in situazione di fragilità, anche attraverso la sperimentazione di strumenti innovativi.

Nel contesto della nostra società regionale sono identificabili condizioni individuali e familiari molto differenti di fragilità, e quindi bisogni diversi di sostegni per l'autonomia: dalle limitazioni fisiche e/o

psichiche, allo stato di povertà, alla vulnerabilità per la presenza contemporanea di condizioni precarie socio-economiche e di salute, fino a situazioni di marginalità estrema.

Gli interventi riferibili a quest'area puntano a sviluppare l'autodeterminazione dei soggetti vulnerabili attraverso azioni innovative di empowerment, aumentando la capacità del sistema pubblico di:

- leggere i bisogni e le risorse personali e dei contesti di vita, per sviluppare la consapevolezza delle persone al riguardo;
- sostenere con strumenti adeguati (monetari, "pattizi", di accompagnamento, di verifica congiunta…) la loro possibilità di "uscita" dalla fragilità e le loro capacità di scelta e gestione di percorsi di autonomizzazione.

Le due leve fondamentali delle politiche di quest'area sono:

1. **L'integrazione delle politiche sociali con le politiche del lavoro**

È evidente come la crisi oramai quasi decennale e la difficoltà di uscirne in modo strutturale e solido abbiano acuito e moltiplicato le difficoltà socio-economiche e le pressioni sui servizi. In questo contesto è indispensabile non frammentare la progettazione e le risorse finalizzate da un lato all'integrazione sociale dall'altro all'inserimento lavorativo, sostenendo allo stesso tempo l'impegno consapevole delle persone nel ricostruire la propria autonomia e lo sviluppo di un rapporto non più unidirezionale tra servizi e famiglie, tra servizi e imprese.

In particolare si intende dare attuazione in modo coordinato e sinergico a tre misure differenti, ma strettamente interconnesse, che si trovano oggi a step attuativi diversi:

- **la L.R. 14/2015** "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari" che definisce la fragilità come condizione, potenzialmente temporanea, caratterizzata dalla compresenza di problematiche afferenti la dimensione lavorativa e sociale o sanitaria.

I principali strumenti attuativi della legge, già approvati, valorizzano le risorse e l'assunzione di responsabilità della persona e promuovono in modo significativo l'integrazione istituzionale, gestionale e professionale, in particolare:

- la ridefinizione degli ambiti territoriali di riferimento dei Centri per l'impiego ha fatto coincidere l'ambito di attività dei Centri per l'impiego con gli ambiti distrettuali socio sanitari;
- lo strumento di valutazione della fragilità e vulnerabilità adottato è centrato sulle funzionalità della persona e teso ad individuare i sostegni necessari a ricostruire le condizioni per rendere possibile l'avvicinamento al lavoro;
- le Linee per la programmazione integrata e i piani integrati territoriali approvati in coerenza, promuovono, nell'arco di vigenza del presente Piano, l'inserimento coerente e allineato nei tempi degli interventi della L.R. 14 nella programmazione sociosanitaria distrettuale (piani di zona).

- **il Sostegno all'inclusione attiva (SIA)** introdotto dal DM Lavoro e politiche sociali 26 maggio 2016, come misura economica di contrasto alla povertà su tutto il territorio nazionale, con particolare attenzione per i minori. Prevede un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dei Comuni coordinati a livello di Ambiti distrettuali, in rete con gli altri servizi del territorio (centri per l'impiego, servizi

sanitari, scuole…) e con i soggetti del terzo settore e tutta la comunità. Il progetto viene definito insieme al nucleo familiare sulla base di una valutazione globale delle problematiche e dei bisogni e coinvolge tutti i componenti, instaurando un patto tra servizi e famiglie che implica una reciproca assunzione di responsabilità e di impegni.

- **il Reddito di solidarietà (RES**) istituito con L.R. 24/2016 "Misure di contrasto alla povertà e sostegno al reddito" come misura di contrasto alla povertà e di sostegno al reddito della Regione Emilia-Romagna, finalizzata a superare le condizioni di difficoltà del richiedente e del relativo nucleo familiare. Tale misura è declinata in stretto raccordo con la misura nazionale SIA e prevede l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari in ottica universalistica. Anche il RES non si esaurisce con il contributo economico ma, mutuando il medesimo approccio del SIA, coinvolge i nuclei beneficiari in un "Progetto di attivazione sociale e di inserimento lavorativo", sottoscritto dal beneficiario e dai servizi coinvolti. L'obiettivo è favorire l'inserimento lavorativo dei componenti in età da lavoro e combattere l'esclusione sociale per coloro che non sono in grado di lavorare.

Appare evidente come queste tre misure, L.R. 14/2015, SIA e RES, pur avendo differenziazioni specifiche siano parte integrante di una medesima infrastruttura per il contrasto alla povertà e l'attivazione lavorativa, basata su alcuni presupposti comuni:

- aumentare la capacità di leggere i bisogni e le risorse personali e dei contesti di vita, attraverso gli strumenti della valutazione multidimensionale ed il lavoro in équipe multiprofessionali, facendo leva sull'integrazione tra servizi sociali e del lavoro ma anche con tutti gli altri servizi/attori necessari a realizzare i percorsi programmati;
- sostenere con azioni innovative di empowerment e strumenti adeguati (strumenti di inserimento al lavoro, forme di sostegno economico, condivisione e sottoscrizione di patti/progetti tra cittadini e servizi, percorsi di accompagnamento/impegno e verifica congiunta…) lo sviluppo dell'autodeterminazione, cioè la possibilità/capacità di scelta e la gestione di percorsi di autonomizzazione;
- realizzare la condizionalità delle misure: se i beneficiari non sottoscrivono i progetti/patti o non rispettano gli impegni in essi previsti, si possono revocare le misure ed interrompere le erogazioni.

2. L'integrazione delle politiche sociali con le politiche abitative

L'aumento dell'incidenza dei costi per la casa sul reddito delle persone e la contestuale diminuzione delle capacità di spesa delle famiglie hanno determinato una crescita diffusa del disagio abitativo anche nella nostra regione. Questo trend è testimoniato dall'andamento di diversi indicatori negli ultimi anni, tra cui aumento degli sfratti, dei pignoramenti e delle domande inserite nelle graduatorie comunali Erp. Di fronte alla precarizzazione del lavoro e allo sfilacciamento delle reti familiari, l'abitazione rimane un ultimo baluardo a garanzia di un'esistenza dignitosa, e qualora questa venga meno (a causa di sfratti, pignoramenti etc.), si assiste a uno scivolamento inevitabile dei nuclei familiari in un'area di esclusione sociale. In questo contesto, che potremmo definire di povertà abitativa, è dunque necessario rispondere al bisogno di casa come obiettivo di welfare urbano, nel quale il sistema dell'edilizia sociale sia integrato con i servizi urbani, a garanzia di chi una abitazione non ce l'ha, oltre che di quel numero crescente di nuclei familiari in situazioni abitative precarie (la cosiddetta "zona grigia").

Per fare ciò, è necessario ripensare il sistema dell'offerta di servizi abitativi puntando alla sinergia del settore privato con le amministrazioni pubbliche, attraverso una manovra coordinata che punti a

riutilizzare aree urbanizzate e a recuperare immobili dismessi o sottoutilizzati per destinarli ad alloggi a costo contenuto. L'abitare deve essere inteso come insieme di soluzioni tra loro differenziate e correlate, in funzione del livello di integrazione sociale, lavorativa e reddituale delle famiglie.

Le direttrici fondamentali di intervento sono due: il sostegno alle fasce più svantaggiate, attraverso l'edilizia residenziale pubblica, e la creazione di soluzioni abitative innovative e a basso costo per una platea di beneficiari più ampia. In merito al sistema di edilizia pubblica residenziale, la sfida è quella di dare maggiore concretezza al percorso di riforma avviato, che punta a ridefinire l'Erp come servizio abitativo temporaneo per soggetti in difficoltà, all'insegna di un "turn over" più efficiente e ad una maggiore responsabilizzazione degli inquilini. Sul secondo aspetto insistono tutte le iniziative di housing sociale, ma anche soluzioni innovative di abitazioni con servizi, sperimentazioni di auto-recupero partecipate dai futuri destinatari degli alloggi e progetti di co-housing, tutti mirati a garantire alloggi a prezzi contenuti alle famiglie che non riescono ad accedere al mercato.

È importante inoltre programmare, nell'ambito sia dell'Erp che di eventuali tipologie strutturali innovative, laddove occorre prevenire o ridurre potenziali conflitti, interventi di mediazione finalizzati a facilitare la convivenza nei contesti ad alta complessità socio-culturale, per evitare che soluzioni strutturali potenzialmente efficaci ed efficienti nella risposta al bisogno, diventino fattori problematici nella quotidianità dell'abitare e del vivere.

Dall'integrazione di queste misure si sviluppa l'idea della filiera dell'abitare, un sistema di interventi a difesa dell'abitazione che garantisca soluzioni diversificate come risposta ai bisogni sociali emergenti. Fondamentali per la realizzazione di tale filiera sono tutte le forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati, profit e no profit, per la realizzazione di ogni singolo intervento. In questo modo, e con riferimento particolare al sistema dell'edilizia residenziale sociale (ERS), si tratta di mobilitare provvidenze pubbliche al fine di incentivare l'intervento degli operatori privati nell'offerta di servizi abitativi a costi accessibili. Fondamentale inoltre è la condivisione e il coinvolgimento attivo dei beneficiari e delle loro famiglie per il buon esito di qualsiasi progetto individualizzato.

Nell'arco di vigenza del Piano si promuoverà l'adozione e applicazione dei principi di Universal Design, negli interventi di progettazione ex novo o di ristrutturazione e riqualificazione del patrimonio Azienda Casa Regionale e di Edilizia Residenziale Pubblica. Ciò per rendere le abitazioni fruibili a una gamma di destinatari molto ampia, proprio in un'ottica di sostegno all'autonomia, e per intervenire in modo preventivo rispetto a possibili spese di adattamento e abbattimento delle barriere architettoniche. Strumento privilegiato per questa azione sarà il CRIBA (Centro regionale di Informazione sul Benessere Ambientale) che sulla base della legge regionale 29/1997 "Norme e provvedimenti per favorire l'opportunità di vita autonoma e l'integrazione sociale delle persone disabili", è competente a individuare le soluzioni più efficaci e idonee per accrescere i livelli di accessibilità e fruibilità dei luoghi.

D. POLITICHE PER LA PARTECIPAZIONE E LA RESPONSABILIZZAZIONE DEI CITTADINI
L'esercizio della responsabilità e l'empowerment come nodi del welfare comunitario

Nella società attuale, caratterizzata da una forte differenziazione e frammentarietà, è importante valorizzare la presenza di legami di fiducia e di reti di aiuto, come pure la richiesta crescente di partecipazione individuale.

Il carattere pluriculturale della società nella quale viviamo accentua la differenziazione di pensiero e di iniziativa e aiuta ad avere uno sguardo originale sui problemi e le difficoltà economiche e sociali attuali e sulle risorse fruibili.

Per costruire l'uscita dalle situazioni di difficoltà e disagio delle persone è quindi importante riattivare le risorse collettive e individuali della comunità con percorsi partecipativi efficaci, al fine di aiutare le persone a rafforzare e sviluppare le proprie capacità.

Negli ultimi anni sono nate sul nostro territorio esperienze originali attivate da singoli cittadini o da gruppi volte alla cura delle relazioni, dei luoghi e dei tempi comuni, in un'ottica di solidarietà e coesione tra generi, generazioni e tra persone appartenenti a culture diverse. Sono nate esperienze aggregative che hanno dato luogo a reti civiche o di vicinato, nelle quali i cittadini hanno mostrato una volontà di responsabilizzarsi e condividere esperienze, tempo, risorse.

Vi è quindi un tessuto di relazioni e impegno cittadino che si colloca all'esterno del sistema tradizionale dei servizi, ma che può essere proficuamente coinvolto per integrare e anche portare elementi di innovazione al lavoro delle istituzioni. Le istituzioni per quanto possibile dovranno sostenere e raccordarsi con queste esperienze e offrire loro luoghi, spazi, risorse perché possano meglio realizzarsi.

In alcuni casi per meglio attuare il principio di sussidiarietà e sostenere e valorizzare l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli o associati, volta al perseguimento di finalità di interesse generale può essere opportuno offrire una cornice di riferimento alle diverse occasioni in cui le istituzioni e i cittadini si alleano per condividere la responsabilità di curare e rigenerare un territorio, anche attraverso la definizione di regolamenti condivisi o altre forme che indirizzino e rendano trasparenti e accessibili queste forme di cittadinanza attiva.

Il panorama che oggi abbiamo di fronte è quello di una società più frammentata, ma ugualmente ricca e creativa, questo anche perché i singoli cittadini sono più competenti rispetto al passato sui mezzi e gli strumenti per attivare e diffondere idee e iniziative. Sono mediamente più informati sulla rete dei servizi, sulle opportunità di assistenza e di cura, sul proprio stato di salute, la propria condizione socio-economica e i propri diritti. È opportuno riconoscere questa maggiore competenza e porsi in un atteggiamento di ascolto e condivisione per raccogliere gli stimoli e le sollecitazioni che ne derivano.

È necessario però che questa competenza (empowerment) si trasformi in capacitazione, ovvero bisogna trasformare le capacità in azioni: fare in modo che quel patrimonio di conoscenze tacite e non codificate possa tradursi in nuove pratiche di natura cooperativa e relazionale.

Le giovani generazioni e le comunità di stranieri possono essere portatrici di nuovi stimoli e di prospettive culturali nuove, è utile quindi alimentare particolarmente la loro partecipazione alla vita pubblica e il loro ascolto, sostenere il loro protagonismo (cfr. la L.R. 14/2008 relativamente alla promozione dei diritti di bambini, adolescenti e giovani).

Anche le persone più fragili possono costituire una risorsa ed essere promotrici del loro benessere. Esse in particolar modo sentono con il territorio un legame forte, un luogo dove cercare di ricostruire autonomia e sicurezza.

Si individuano quindi tre principali leve affinché la ricchezza di esperienze, le competenze diffuse, il desiderio di partecipazione possano esplicitarsi proficuamente:

1. un ruolo nuovo del Terzo settore. Le organizzazioni del terzo settore ed in particolare il mondo del volontariato e dell'associazionismo possono cogliere in questo nuovo contesto una opportunità di sviluppo e di nuovo protagonismo. Per loro caratteristica sono radicate sul territorio e hanno le competenze per poter essere al contempo antenne sul bisogno e sulle risorse e luogo aggregativo e socializzante. Il loro apporto è utile per coinvolgere i cittadini, anche quelli più fragili, in progetti a favore della comunità e, se adeguatamente strutturate, possono essere un valido interlocutore per le istituzioni, anche sviluppando insieme ad esse forme innovative di coprogettazione e collaborazione. Anche grazie al loro contributo il territorio può diventare un laboratorio dove pubblico, Terzo settore, cittadinanza si ricombinano in nuove azioni e nuove forme di collaborazione. Ancora una volta il percorso di programmazione locale distrettuale, così come meglio ripreso al capitolo 5, risulta il contesto istituzionale più appropriato a declinare gli indirizzi per procedimenti amministrativi volti alla costruzione di rapporti col Terzo Settore di collaborazione, co-progettazione, concessione di contributi e sovvenzioni, oltre che alla definizione di accordi fra pubbliche amministrazioni;
2. un investimento sulla formazione degli operatori al lavoro di comunità. Gli operatori dei servizi, sia di area sociale che sanitaria devono poter dedicare parte del loro lavoro alla cura delle relazioni con la comunità. Essi devono poter conoscere ciò che vive e si muove nelle comunità, devono essere capaci di attivare strumenti di mappatura delle competenze dei cittadini e delle associazioni/organizzazioni presenti su un dato territorio, attivare collaborazioni, individuare le aree di fragilità non coperte dai servizi tradizionali, avviare percorsi di co-progettazione, sviluppare metodologie partecipative e di coinvolgimento e strumenti di informazione, aggregazione e condivisione. Questo richiede una formazione diffusa nei servizi istituzionali di area sanitaria e sociale, anche se prioritariamente questo metodo di lavoro dovrà diventare patrimonio acquisito da parte del SST e degli operatori che operano nell'area dell'assistenza sanitaria territoriale (a tal proposito le Case della salute costituiscono un luogo importante e funzionale ad incrociare necessità e risorse a disposizione);
3. il sostegno all'adozione da parte delle istituzioni di metodi di programmazione e decisionali maggiormente partecipativi, volti anche a costruire competenze diffuse nelle istituzioni e nei cittadini e a facilitare processi di cambiamento. Negli ultimi anni numerosi percorsi partecipati sono stati sperimentati sul territorio regionale. Si pensi ai percorsi di Community Lab (sui temi della Programmazione e della Unione di Comuni e più recentemente della conflittualità familiare), ai Progetti di Comunità relativi agli stili di vita, al Piano regionale della prevenzione. Importante e significativo è stato infine il sostegno dato negli ultimi anni alle numerose esperienze di avvio di gruppi di automutuoaiuto. A questi ormai unanimemente si riconosce un significativo valore in quanto favoriscono la responsabilizzazione delle persone, facendone emergere le risorse e spesso generano e attivano esperienze di associazionismo e volontariato. In tale direzione si muovono anche i percorsi di partecipazione e rappresentanza a livello locale dei cittadini stranieri - tramite i loro specifici organismi o a livello individuale - promossi dagli enti locali, nella consapevolezza che la condivisione dei processi sociali e politici di una comunità rappresenta un passaggio fondamentale per una effettiva integrazione. Tutte queste esperienze si sono rivelate molto utili a comprendere bisogni rimasti inespressi, opportunità e risorse territoriale, a motivare gli operatori nello

svolgimento del loro lavoro, a ideare soluzioni e avviare esperienze innovative.

E. POLITICHE PER LA QUALIFICAZIONE E L'EFFICIENTAMENTO DEI SERVIZI
Fare manutenzione, rinforzare e innovare il sistema organizzativo e professionale

I servizi di area sociale e sanitaria si confrontano oggi con una realtà complessa e fortemente mutata per i tanti motivi già espressi. La società si sta delineando in maniera diversa rispetto al passato: per il carattere pluriculturale, la nuova e diversificata composizione e organizzazione delle famiglie, la crescente fragilità economica di molti nuclei, la povertà materiale e relazionale di alcuni contesti, le patologie croniche e la multimorbidità. Sono tutti elementi che i servizi si trovano oggi a dover affrontare, e che mettono sotto pressione i servizi e gli operatori facendoli spesso sentire inadeguati. La precarizzazione contrattuale crescente negli organici spesso porta a non investire nell'innovazione e nel lavoro di rete tra operatori di diverse aree, che rimangono piuttosto schiacciati sulla gestione delle situazioni emergenziali.

I mutamenti sociali e le emergenze più volte richiamati rinforzano invece l'idea che il sistema degli Enti locali e del Servizio sanitario regionale debbano sostenere e sviluppare l'area dell'accoglienza, dell'ascolto e della valutazione del bisogno attivando maggiori sinergie tra i punti di accesso alla rete dei servizi sociali e sanitari. La fragilità, le differenti età e appartenenze culturali delle persone e dei nuclei che oggi si rivolgono ai servizi sanitari e sociali richiede un'attenzione e una capacità di valutazione del bisogno e di accompagnamento verso i servizi che solo il soggetto pubblico può garantire in maniera capillare, inclusiva delle differenze, omogenea e non filtrata da interessi di appartenenza. Questa funzione deve quindi rimanere in capo al soggetto pubblico e presidiata da operatori esperti e adeguatamente formati, che abbiano uno sguardo sul sistema generale dei servizi e sull'offerta territoriale. È importante che l'approccio nell'accoglienza sia integrato in maniera che da qualsiasi punto avvenga non dia luogo a reinvii e rimandi tra servizi, che inutilmente appesantiscono i percorsi dei cittadini nell'assistenza.

Il Servizio sanitario regionale si basa sull'universalità dell'assistenza sanitaria, sulla solidarietà del finanziamento attraverso la fiscalità generale e sull'equità di accesso alle prestazioni. Si tratta di principi fondativi che vanno ribaditi e preservati. Per continuare a garantire l'universalità dell'accesso nei servizi sanitari si è modulato il livello di contribuzione degli utenti in relazione alle disponibilità economiche; nel caso dei servizi sociali e sociosanitari, si è continuato ad operare secondo il principio dell'universalismo selettivo, per il quale si dà priorità di accesso a chi, per condizioni fisiche, economiche o di altro tipo, ne abbia maggiormente bisogno.

Proprio in virtù di quanto detto è necessario porre un'attenzione particolare a tutti gli interventi e le azioni che concorrano a fare manutenzione, a rinforzare ed in alcuni casi ad innovare il sistema organizzativo e professionale dei servizi. È questa la condizione indispensabile per assicurare la realizzazione delle politiche precedentemente descritte in modo integrato, trasversale ed efficace.
Sono da considerarsi leve per lo sviluppo e la qualificazione dei servizi in particolare:

1. l'organizzazione;
2. la formazione;
3. lo sviluppo di nuove tecnologie a supporto dei servizi e dei cittadini.

L'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale costituisce lo strumento del sistema integrato dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per promuovere e sostenere lo sviluppo e l'innovazione della rete, con

particolare riferimento alla qualificazione delle professioni, alla ricerca e alla sperimentazione, in raccordo con gli Enti locali.

In merito all'organizzazione è innanzitutto necessario dare piena attuazione alla riorganizzazione dei servizi sia sociali che sanitari e alle indicazioni di riordino territoriale e gestionale espresse recentemente da normativa e atti regionali.

Dal lato dei Servizi sociali, si richiama il dettato delle linee guida regionali di riordino del SST e si sottolinea l'importanza di avviare, laddove ciò non sia ancora avvenuto, un'azione organizzativa incisiva del servizio sociale. I punti cardine di questa azione dovranno essere: la definizione di un SST unitario sull'ambito territoriale distrettuale, una regia unitaria del servizio, attività rivolte ai cittadini fortemente ancorate ai contesti territoriali per garantire la prossimità e la possibilità di integrazione del servizio con gli altri attori presenti. Le scelte organizzative dovranno quindi essere orientate a riequilibrare la presenza e gli interventi del SST in primis sul territorio distrettuale, ma poi anche sull'intero territorio regionale.

È inoltre da completare la riforma delle ASP, che dopo il lungo e complesso processo di trasformazione delle IPAB, ha ricevuto un nuovo impulso dall'approvazione della L.R. 12/2013 sul riordino delle forme pubbliche di gestione dei servizi sociali e sociosanitari. Tale norma ha inteso affermare il superamento della frammentazione esistente nella gestione dei servizi con l'obiettivo di garantire maggiore adeguatezza gestionale e sostenibilità, qualità ed integrazione dei servizi, nonché di assicurare percorsi di razionalizzazione amministrativa rispetto alle diverse competenze operanti.

Tra le finalità di questo Piano, entro il primo triennio di vigenza, vi è quella del completamento da parte degli Enti locali dei processi di riorganizzazione dei servizi e, in questo contesto, dell'unificazione delle ASP in un'unica azienda multisettoriale di ambito distrettuale, riconosciuto quale ambito ottimale per la gestione dei servizi, portando così a sistema le politiche di razionalizzazione e sviluppo delle Aziende di servizi alla persona.

Contemporaneamente deve essere portato a compimento l'iter di estinzione delle IPAB inattive e di fusione con le ASP delle IPAB che non abbiano i requisiti per trasformarsi ed avviato un rilancio delle ASP come aziende multisettoriali strumento di innovazione e sperimentazione nell'ambito dei servizi sociali.

Dal lato dei Servizi sanitari il percorso di riorganizzazione dell'assistenza territoriale e ospedaliera secondo modelli innovativi è stato avviato alla fine degli anni 90 con l'allora Piano Sanitario Regionale 1999-2001 (PSR). I principali obiettivi della riorganizzazione consistevano nella modulazione della risposta ai bisogni in funzione della intensità dell'assistenza, garantendo equità e prossimità di accesso, e continuità dell'assistenza attraverso reti integrate di servizi e professionisti. L'ambito distrettuale ha storicamente rappresentato per la popolazione la garanzia dell'accesso alle prestazioni sanitarie, della presa in carico, e dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali, attraverso la rete di strutture ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali, i servizi (in primis l'assistenza domiciliare integrata) ed i professionisti (Nuclei di Cure Primarie). In questi ultimi anni è stata posta una particolare attenzione all'equità di accesso alle prestazioni specialistiche, allo sviluppo delle Case della Salute, degli Ospedali di Comunità, e della Rete delle Cure Palliative.

Gli orientamenti internazionali ribadiscono la necessità di rafforzare l'assistenza primaria per rispondere in maniera efficace ai mutamenti epidemiologici e sociali. La legge Balduzzi (L. 189/2012) e il Patto per la Salute 2014-2016 sono allineati a tali orientamenti, evidenziando la necessità di organizzare le cure primarie secondo modelli multiprofessionali e interdisciplinari, che vedono, quali professionisti deputati all'erogazione dell'assistenza primaria, sia personale dipendente delle aziende sanitarie e degli enti locali, in integrazione con il personale convenzionato (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali), presso specifiche strutture. Le Case della Salute della Regione Emilia Romagna garantiscono l'accesso alla valutazione e all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento; la prevenzione e promozione della salute; la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza; la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa; l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali; la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini e dei pazienti. In Emilia-Romagna ad aprile 2017 le Case della Salute funzionanti sono 87. Le Case della Salute programmate sono 35. Obiettivo del triennio sarà la realizzazione su tutto il territorio regionale della rete delle case della salute in coerenza con le linee di indirizzo.

I modelli organizzativi dei servizi sanitari e socio-sanitari cosiddetti di "cure intermedie" nascono per rispondere ai bisogni emergenti legati all'allungamento della speranza di vita, all'aumento delle patologie croniche, multimorbosità e fragilità. L'Ospedale di Comunità è una struttura con un numero limitato di posti letto, gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da medici dipendenti del SSN. Prende in carico prevalentemente pazienti che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa, o di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (struttura e familiare). Ad oggi sono attivi 13 Ospedali di Comunità per un totale di 230 posti letto.

La garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. Le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie programmate (es. visite, esami diagnostici, interventi non urgenti) rappresentano un tema oggetto di particolare attenzione da parte della popolazione. Il rispetto degli standard nazionali fissati per i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche costituisce una delle priorità di politica sanitaria dell'Emilia-Romagna.

È inoltre da favorire un approccio organizzativo volto alla costruzione di percorsi assistenziali e/o terapeutici che evidenzino in maniera chiara per gli operatori, ma soprattutto per i cittadini, quali siano i nodi della rete, i passaggi, i dispositivi di valutazione integrata da attivare e che possibilmente prevedano anche figure di accompagnamento per sostenere i cittadini e le famiglie nell'integrare e collegare servizi, interventi, prestazioni.

Dentro questo modello organizzativo alcuni elementi richiederanno una particolare attenzione:

- l'opportunità di prevedere una razionalizzazione e laddove sia possibile una integrazione dei diversi dispositivi di valutazione multidimensionale previsti nei differenti percorsi;
- la costruzione per quanto possibile di strumenti di valutazione integrata almeno parzialmente standardizzabili per garantire sul livello regionale omogeneità di lettura del bisogno;
- l'introduzione di una logica pattizia nella costruzione del percorso individualizzato, in maniera da condividere con i cittadini un percorso di assunzione reciproca di impegni e responsabilità,

limitando così sia da parte dei servizi che dei cittadini lo scivolamento verso situazioni di mero assistenzialismo.

Dentro ai crismi di trasparenza e condivisione dovrà però essere possibile garantire la necessaria flessibilità dei percorsi e dei servizi offerti che devono avere capacità di adattarsi al contesto e alle esigenze specifiche e particolari dei cittadini, delle loro famiglie e alle caratteristiche del contesto di vita. I servizi in generale dovranno aprirsi maggiormente alla cittadinanza sia in termini di approccio, ma anche di spazi fisici. È auspicabile che i luoghi pubblici di accoglienza ed erogazione di servizi diventino luoghi più aperti e che si possa favorire un uso integrato degli spazi anche con altre realtà di associazionismo e promozione presenti sul territorio che in maniera diretta o indiretta concorrono a sostenere le attività dei servizi, il coinvolgimento dei cittadini e sviluppano senso di appartenenza al proprio territorio generando un clima di maggiore fiducia tra servizi e popolazione.

Alcune figure professionali esprimono, per approccio e competenze professionali, una visione maggiormente integrata nella lettura del bisogno e nella definizione integrata dei percorsi. Si pensi alle assistenti sociali, agli educatori e per l'area sanitaria agli infermieri e alle altre professioni sanitarie (es. ostetrica, fisioterapista). Sarà importante pertanto valorizzare la presenza di tali figure nella rete assistenziale.

Quale supporto alla professionalità degli operatori sarà particolarmente utile favorire lo scambio ed il confronto tra i professionisti nell'ottica di un'operatività flessibile, promuovere la formazione e azioni di supervisione congiunta tra personale di area sociale e sanitario. Questo per facilitare la conoscenza reciproca, il lavoro in comune ed una pratica che combini evidenze scientifiche ed esperienze sul campo. Sarà bene promuovere formazioni e scambi anche con operatori di altre aree (educativa, scolastica, forze dell'ordine, ecc.) per meglio integrare e coordinare interventi di elevata complessità e articolazione.

Sarà altresì necessario sostenere percorsi di formazione integrata e specialistica sui temi dell'immigrazione agli operatori e mediatori dei servizi sociali, sanitari, socio-sanitari ed educativi, per favorire la reciproca conoscenza dei contesti operativi e culturali di riferimento e per sostenere l'acquisizione di competenze transculturali diffuse finalizzate alla elaborazione di risposte competenti ed efficaci.

Inoltre è necessario un impegno e una collaborazione continuativa con l'Università, anche al fine di adeguare la formazione universitaria delle figure professionali di area sociale e sanitaria più aderente alle necessità del mutato contesto, anche alla luce di nuovi modelli organizzativi sviluppati sulla medicina di iniziativa. È importante che anche la formazione di tutte le figure professionali, da quelle più orientate al lavoro sociale fino a quelle mediche più specialistiche possano in futuro prevedere approfondimenti che aiutino a sviluppare una visione più integrata della persona, quale soggetto portatore di specificità fisiche, psichiche, sociali e culturali.

Dal punto di vista infine dello sviluppo di tecnologie a supporto dei servizi e dei cittadini, è infine da prevedersi un consolidamento delle tecnologie a supporto dei processi che al contempo favoriscano e agevolino il lavoro degli operatori e producano nei confronti dei cittadini un maggiore livello di trasparenza e conoscenza dei processi e dei percorsi che li vedono coinvolti, nonché una facilitazione nell'accesso ai servizi e in alcuni casi anche strumenti di gestione autonoma di alcune fasi del percorso assistenziale.

Il percorso di attuazione del nuovo Piano sociale e sanitario regionale sarà accompagnato dall'innovazione tecnologica. Le tecnologie informatiche, le tecnologie biomediche e la domotica dovranno essere strumentali al miglioramento della qualità della vita dei pazienti/utenti e al contempo supportare il sistema organizzativo e professionale per trovare la convergenza tra qualità dei servizi erogati ed efficacia, efficienza e sostenibilità complessiva del sistema.

L'elevato tasso di informatizzazione proprio dei servizi sanitari potrà essere il modello di riferimento per i servizi sociosanitari e sociali per una piena integrazione dei flussi informativi e dell'interoperabilità degli applicativi. Ulteriore obiettivo sarà sviluppare appieno il ruolo di consapevole committenza dei professionisti nei confronti dell'innovazione tecnologica.

L'organizzazione del SSR sarà inoltre influenzata dalle **previsioni della nuova normativa in materia di LEA,** che ha come obiettivo il miglioramento della appropriatezza clinica ed organizzativa, nell'ottica della salvaguardia dei principi di efficacia, pertinenza ed economicità.

Nell'ambito della specialistica ambulatoriale tale obiettivo sarà raggiunto grazie all'introduzione di innovazioni cliniche anche con il superamento di metodiche obsolete e grazie all'uso di strumenti organizzativi quali le condizioni di erogabilità, le indicazioni prioritarie per alcune prestazioni maggiormente a rischio di inappropriatezza, e il passaggio in regime ambulatoriale di prestazioni oggi erogate in regime di ricovero.

Il provvedimento nazionale, allo scopo di perseguire la strada della appropriatezza erogativa e di governo della domanda, individua tra gli strumenti la prescrizione specialistica, introducendo il vincolo all'indicazione di diagnosi o sospetto diagnostico.

Molte delle nuove prestazioni introdotte sono già erogate nella nostra regione. Basti pensare alle prestazioni nell'ambito della Procreazione Medicalmente Assistita omologa ed eterologa ed al percorso della gravidanza fisiologica, alle prestazioni di genetica medica, alle prestazioni odontoiatriche, agli esami di laboratorio in modalità reflex ed ai trattamenti di adroterapia per la cura dei tumori, per i quali la nostra regione ha dato il via libera ai suoi cittadini che si possono rivolgere ai due centri italiani di eccellenza.

Siamo pronti all'erogazione delle nuove prestazioni introdotte da questo decreto, quelle tecnologicamente avanzate come la dialisi, la chirurgia, il laboratorio, medicina nucleare e radioterapia, alcune prestazioni riabilitative, nuovi test genetici e le cure palliative con assistenza specialistica a domicilio.

Per quanto riguarda l'assistenza protesica sono stati inseriti tra le protesi o gli ausili erogabili, sia pure nel rispetto delle compatibilità economiche complessive, numerosi dispositivi tecnologicamente avanzati, di fondamentale importanza per garantire l'autonomia dei soggetti disabili. Le modifiche apportate sono in linea con quanto già introdotto negli anni da specifici provvedimenti regionali. Pertanto in continuità con quanto avviato l'Emilia-Romagna opererà, a garanzia di equità delle cure ed elevati livelli di qualità, individuando (anche con la collaborazione delle associazioni dei pazienti) ulteriori strumenti che permettano di integrare le azioni cliniche, tecnologiche e amministrative.

Per l'ambito dei dispositivi medici verranno rafforzate le attività della Commissione Regionale Dispositivi Medici, regolata dalla D.G.R. n.1523/2008, per la valutazione di nuovi dispositivi medici da erogare a carico del SSR. In particolare, per l'individuazione dei criteri di erogazione appropriata ai pazienti dei dispositivi a più elevata innovazione tecnologica introdotti con i nuovi LEA, si utilizzeranno procedure evidence based, basate sulla metodologia HTA. Per tali dispositivi verranno favorite procedure di acquisto centralizzate e il loro impatto economico sarà monitorato periodicamente mediante l'analisi del flusso informativo dei consumi.

Nell'area dell'assistenza distrettuale, in particolare per l'area socio-sanitaria, pur non introducendo nessun ampliamento sostanziale dei LEA (in quanto prestazioni già previste da normativa vigente), la normativa individua e descrive le diverse tipologie di assistenza caratterizzandole secondo livelli di complessità e di impegno assistenziale come nel caso (es. assistenza domiciliare integrata e cure palliative). Anche in questo caso le innovazioni introdotte sono in linea con quanto già da tempo normato e attivato nella nostra Regione.

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è ormai una modalità assistenziale consolidata su tutto il territorio regionale, erogata ad un numero sempre crescente di cittadini ai quali vengono date risposte personalizzate e graduate sulla base dei bisogni e della complessità assistenziale. Tuttavia, per rispondere alle sempre crescenti necessità dei cittadini e per aumentare ulteriormente i livelli di qualità, sarà necessario introdurre nuovi strumenti, innovativi ed integrati, di lettura omogenea dei bisogni assistenziali a garanzia dell'equità di accesso e di appropriatezza delle cure e dell'assistenza.

Le cure palliative sono da tempo state indicate dalla Regione come uno degli ambiti strategici di sviluppo della presa in carico integrata dei pazienti affetti da patologie evolutive e a prognosi infausta; per questo motivo ha sempre sostenuto lo sviluppo e il potenziamento della rete di cure palliative in tutte le sue articolazioni assistenziali. Pertanto le indicazioni introdotte dai nuovi LEA non trovano impreparata la Regione già fortemente impegnata in questa area.

5. Nuovi indirizzi per la programmazione territoriale

La programmazione rappresenta una delle funzioni strategiche del sistema pubblico: è lo strumento con cui si definiscono priorità e obiettivi, interventi da mettere in campo, risorse a disposizione, processi e procedure di attuazione. Attraverso la programmazione si costituiscono relazioni significative tra i diversi livelli istituzionali e tra diversi attori pubblici e privati. A questa funzione spetta il compito di intercettare nuove risorse e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, indicare interventi e risposte adeguate.

Sia a livello regionale che di ambito distrettuale sono stati sviluppati in questi anni numerosi strumenti di programmazione che devono essere in parte rivisti e tra loro integrati e resi coerenti.
Gli strumenti di programmazione del livello regionale, che la Regione si impegna a raccordare, sono:

- il Piano regionale sociale e sanitario;
- il Piano regionale per la prevenzione;
- le Linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale;
- il Programma annuale di riparto del Fondo regionale per la non autosufficienza;
- le Linee di programmazione regionale integrata dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari, previste dalla L.R. 14/2015;
- il Programma triennale per l'integrazione dei cittadini stranieri previsto dalla L.R. 5/2004.

Inoltre la Regione raccoglie ed elabora periodicamente informazioni sul contesto demografico, sociale, economico regionale: in particolare accompagnerà questo Piano e la nuova programmazione distrettuale con la predisposizione di un set di informazioni e indicatori consultabili on line, che aggiornano la Fotografia del sociale (2014), fornendo ove possibile un dettaglio di livello distrettuale in modo da costituire la base per la programmazione locale.

Per quanto riguarda gli strumenti di programmazione locale, si intende aggiornarli nei contenuti e nei processi con apposito atto della Giunta, contestualmente all'avvio dell'attuazione del Piano, sulla base dei seguenti criteri generali:

- orientare la programmazione all'identificazione dei fattori che sul territorio promuovono la salute e il benessere sociale e delle azioni che ne favoriscano lo sviluppo. Le politiche sociali e sanitarie devono ampliare i propri ambiti di influenza e favorire una attenzione dei diversi settori di intervento pubblico nei confronti della promozione e tutela della salute e del benessere;
- snellire il più possibile le procedure e gli strumenti di pianificazione;
- armonizzare e integrare gli stessi con gli strumenti nuovi introdotti nella presente legislatura (es. Piano integrato territoriale dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari, previsto dalla L.R. 14/2015);
- assicurare la coerenza con le aree prioritarie trasversali individuate nel presente Piano;
- sostenere processi partecipativi coerenti con i principi fondanti del presente Piano, in particolare con la finalità della costruzione di un welfare comunitario, dinamico e delle responsabilità, che veda come protagonisti, oltre agli attori istituzionali, tutti i soggetti sociali, anche impegnati nella gestione dei servizi: cittadini, associazioni di volontariato, cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, organizzazioni sindacali, Fondazioni, le Aziende pubbliche o speciali di servizi alla persona, Comitati consultivi misti ex L.R. 19/1994, organismi di partecipazione e rappresentanza dei cittadini stranieri promossi dagli enti locali, ecc.;
- definire tempi, priorità e strumenti utili a garantire l'allineamento tra programmazione sociale, sociosanitaria e dei servizi e interventi sanitari territoriali, e per sostenere l'attuazione di politiche più efficaci e un uso migliore e più integrato di tutte le risorse. L'integrazione professionale si realizza infatti anche attraverso l'utilizzo di strumenti omogenei che consentano di allineare obiettivi di lavoro e valutazione di efficacia, rendendo sistemica l'integrazione socio sanitaria e non limitata agli esiti estemporanei di contesti con specifiche potenzialità positive.

La programmazione territoriale ai vari livelli dovrà prioritariamente essere ricondotta ai tre obiettivi generali indicati in premessa e tradotta sulla base di questi:

- la lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà attraverso gli strumenti previsti dalla legislazione nazionale e regionale;
- l'orientamento a sostenere l'ambito distrettuale quale nodo strategico dell'integrazione sociale e sanitaria;
- la definizione di obiettivi volti a sviluppare strumenti nuovi di prossimità, obiettivi specifici di integrazione sociale e sanitaria e lo sviluppo delle Case della Salute e\o dei modelli integrati e multidisciplinari di intervento.

L'approccio culturale del Piano, innovativo rispetto al rapporto con l'utenza e alla comunità largamente intesa in tutte le sue forme e chiamata a svolgere un ruolo di maggiore responsabilità, e la complessità e vastità della domanda, richiedono alla programmazione un forte investimento sulle

risorse umane e sulla loro formazione e la messa a punto di un sistema in grado di socializzare prassi e modelli che le evidenze certifichino come efficaci.

6. Attuazione e valutazione del Piano

Il Piano sarà attuato tramite la definizione di specifici interventi da realizzare da parte del sistema Regione-Enti locali, conseguenti alle indicazioni in esso contenute. Tali interventi saranno descritti attraverso schede che definiscono le azioni da prevedersi nell'arco di vigenza del Piano, con particolare attenzione agli aspetti di integrazione e trasversalità, e dettagliano destinatari e indicatori per la misurazione del risultato. Le schede saranno approvate con atto di Giunta regionale contestualmente alla definizione degli indirizzi per i piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, e nel periodo di vigenza del Piano potranno essere integrate con altre schede che attualizzino la realizzazione delle politiche ivi previste.

Con atto di Giunta regionale sarà inoltre approvata la costituzione di un tavolo permanente di monitoraggio e valutazione del Piano che periodicamente verifichi lo stato di attuazione degli interventi, anche attraverso la misura degli indicatori previsti, e concorra a verificare nel complesso il raggiungimento degli obiettivi e l'impatto delle politiche sui destinatari.

Tale gruppo dovrà essere costituito da rappresentanti della Regione, degli EELL, delle AUSL, del Terzo Settore, delle Organizzazioni sindacali e da altri soggetti che si riterrà di coinvolgere in quanto attori significativi del sistema di welfare e per l'espletamento del suo mandato potrà valersi di metodi di confronto partecipativi.

Appendice A
I numeri del Servizio sanitario regionale e dei Servizi socio-sanitari, sociali e socio-educativi

Per quanto attiene i servizi sociosanitari dedicati ad anziani e disabili, particolare rilevanza assume l'assistenza domiciliare, erogata da operatori sanitari o socio-sanitari, che nel 2015 ha interessato circa 108.000 persone.
Nel 2015 11.998 persone hanno ricevuto un assegno di cura (10.401 anziani, 1.597 disabili) per una spesa complessiva di 39,4 milioni di euro; mentre 32.007 persone risultano nello stesso anno nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani (26.474 in strutture residenziali).

I numeri del Servizio sanitario regionale e dei Servizi socio-sanitari

Personale	
Personale dipendente del SSR	60.528
di cui % con ruolo sanitario	71,70%
Medici di medicina generale	3.048
Pediatri di libera scelta	617
Offerta di servizi	
Numero Aziende USL	8
Numero distretti	38
Posti letto ospedalieri pubblici	14.145
Posti letto ospedalieri dell'ospedalità privata accreditata	4.007
Numero posti letto Residenziali di Cure Palliative (Hospice)	287
Posti letto residenziali Autorizzati per anziani non autosufficienti	29.389
Posti letto residenziali accreditati per anziani non autosufficienti	16.065
Posti letto residenziali accreditati per persone con disabilità	1.252
Posti letto residenziali accreditati per la salute mentale	1.073
Posti letto residenziali accreditati per le dipendenze patologiche	1.292
Posti semiresidenziali Autorizzati per anziani non autosufficienti	4.368
Posti semiresidenziali accreditati per anziani non autosufficienti	3.306
Posti semiresidenziali accreditati per persone con disabilità	2.556
Casa della salute	84
Ospedali di comunità	13
Nuclei cure primarie	204
Consultori familiari	185
Spazi giovani	36
Spazi per donne immigrate e i loro bambini	16
Prevenzione collettiva	
Vaccinazioni al 24° mese di vita - Obbligatorie	93,40%
Vaccinazioni al 24° mese di vita - Meningite da emofilo	92,90%
Vaccinazioni al 24° mese di vita – Pertosse	93,60%
Vaccinazioni al 24° mese di vita – Rosolia	87%
Vaccinazioni al 24° mese di vita – Morbillo	87,20%
Vaccinazioni al 24° mese di vita – Pneumococco	91,50%
Vaccinazioni al 24° mese di vita – Meningococco	87,40%
Vaccinazioni a 16 anni - Rosolia (solo Femmine)	95,10%
Vaccinazioni a 16 anni – Morbillo	95,30%
% vaccinazione antinfluenzale nei soggetti ultra 65enni (campagna 2015-2016)	51,50%

Screening tumore mammella 50-59enni: proposta	100,00%
Screening tumore mammella 50-59enni: adesione	75,30%
Screening cervice utero: proposta	100,00%
Screening cervice utero: adesione	59,00%
Screening colon-retto: proposta	100,00%
Screening colon-retto: adesione	50,30%
Assistenza territoriale	
Numero visite specialistiche erogate nel 2015	61.090.249
di cui % di prestazioni di laboratorio	74,20%
Persone in assistenza domiciliare	108.000
Tasso di ultra 90enni assistiti a domicilio	39,70%
Numero persone che hanno ricevuto un assegno di cura	11.998
di cui anziani	10.401
di cui disabili	1.597
Persone anziane in assistenza domiciliare socio-assistenziale accreditata nell'anno	15.387
Persone con disabilità in assistenza domiciliare socio-assistenziale accreditata nell'anno	1.747
Persone con disabilità in assistenza domiciliare socio-educativa accreditata nell'anno	1.070
Numero assistiti in strutture Residenziali di Cure Palliative (Hospice)	13.954
Numero persone ospitate nell'anno in strutture residenziali e semiresidenziali per anziani (accreditate e convenzionate residuali)	32.007
di cui in strutture residenziali, Casa-residenza per Anziani non autosufficienti	26.474
di cui in strutture semiresidenziali, Centri diurni per Anziani non autosufficienti	5.533
Numero persone ospitate nell'anno in strutture residenziali e semiresidenziali accreditate per persone con disabilità	3.777
di cui in Centri socio-riabilitativi residenziali accreditati (CSSR)	1.198
di cu in Centri socio-riabilitativi diurni accreditati (CSRD)	2.579
Numero di persone che si sono rivolte ai Centri di Salute mentale	78.884
Numero di minorenni che si sono rivolti ai Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	52.132
Numero di persone che si sono rivolte ai Servizi per le dipendenze patologiche	27.711
Numero detenuti transitati nei Servizi di Salute nelle carceri	7.843
Assistenza ospedaliera	
Numero ricoveri totali	767.507
di cui per acuti	711.417
di cui per riabilitazione	21.537
di cui per lungodegenza	34.553
Accessi al Pronto soccorso	1.857.137
di cui % codici verdi	66,10%
di cui % codici gialli	18,10%
di cui % codici bianchi	13,80%
di cui % codici rossi	1,90%
Numero donatori d'organo	118
Donatori per milioni di abitanti	26,5

I numeri dei Servizi sociali e dei Servizi socio-educativi

Personale	
Servizi Sociali Territoriali (Responsabili/Operatori)	**2.458**
di cui Assistenti Sociali	1.146
di cui Educatori	242
Centri per le Famiglie (Responsabili/Operatori/Collaboratori)	**379**
di cui Operatori/Collaboratori	346
di cui unità Operatori/Collaboratori equivalenti Tempo Pieno (36 ore)	133
Personale Servizi educativi Prima Infanzia (equivalenti Tempo pieno)	**6.918**
di cui Educatori nei Servizi educativi	4.753
di cui Personale nei Nidi	6.579
Offerta di servizi	
Numero Comuni	**334**
Numero Ambiti distrettuali	**38**
Numero Ambiti ottimali	**47**
Unioni di Comuni con conferimento delle funzioni sociali e socio-sanitarie	**33**
Numero ASP / ASC / ASSP	**41**
N. Sportelli Sociali	**285**
N. Centri per le Famiglie	**34**
N. Centri di ascolto Caritas diocesane	**15**
N. Servizi educativi prima infanzia	**1.214**
N. Posti Servizi educativi prima infanzia	40.597
Indice di copertura Posti (Pop 0-2 anni)	35,5%
di cui Posti Nidi	37.753
% Posti Nidi Pubblici	73,4%
di cui Posti Servizi Integrativi prima infanzia	2.118
di cui Posti Servizi domiciliari prima infanzia	469
N. Comunità residenziali per Minori e Madri-bambino	326
Posti residenziali in comunità residenziali per minori e madri-bambino	2.933
di cui comunità educative	793
di cui comunità familiari	226
di cui comunità Casa famiglia	630
di cui comunità madri-bambino	598
di cui comunità pronta accoglienza (comprese Struttura temporanea accoglienza MSNA)	165
di cui comunità educativa-integrata	56
di cui comunità e gruppi ad alta autonomia	158
N. Comunità semiresidenziali rivolte a minori	10
Posti semiresidenziali autorizzati comunità semiresidenziali per minori	134
N. Centri residenziali che accolgono Adulti in difficoltà	63
Posti residenziali Centri per adulti in difficoltà	1.128
N. Centri di accoglienza per immigrati	123
Posti centri di accoglienza per immigrati	1.104
Risorse della Comunità	
N. **Organizzazioni di Volontariato** iscritte al Registro regionale	3.068
N. **Associazione di Promozione sociale** iscritte al Registro regionale	3.882
N. **Cooperative sociali** iscritte all'Albo regionale	718

Macro livello 1 Servizi per l'accesso e presa in carico	
N. Contatti registrati nell'anno agli Sportello sociali territoriale	**257.795**
N. Domande registrate nell'anno agli Sportelli Sociali	296.992
N. Persone interessate per cui è registrata una domanda	157.817
N. Contatti registrati nell'anno allo Sportello informativo Centri perle Famiglie	**82.150**
Bambini e ragazzi in carico ai Servizi Sociali territoriali	**55.141**
Bambini e ragazzi in carico ai Servizi Sociali territoriali ogni 100 minorenni	7,7
di cui Bambini e ragazzi con nuova presa in carico nell'anno	10.412
di cui Minori stranieri non accompagnati (MSNA)	893
di cui neomaggiorenni	5,1%
Bambini e ragazzi fuori famiglia (in comunità o famiglia a tempo pieno)	**2.569**
Bambini e ragazzi in comunità residenziali senza genitori	1.344
Bambini e ragazzi inseriti a tempo pieno presso famiglia affidatarie	1.255
Bambini e ragazzi in affidamento part-time	260
Bambini e Ragazzi con interventi di post-adozione nell'anno (ad. Internazionale e nazionale)	139
N. persone che si sono rivolte ai Centri di ascolto Caritas diocesane	**17.992**
N. Colloqui svolti nell'anno dai Centri di ascolto Caritas diocesana	50.857
N. di persone senza dimora presenti in Regione (Stima ricerca Istat e Caritas italiana)	**3.953**
Macro livello 2 Servizi per la prima infanzia e Servizi territoriali comunitari	
Bambini iscritti servizi educativi	33.140
di cui Bambini iscritti Nidi	30.663
Bambini iscritti su Posti Nidi	81,2%
N. Colloqui per Counseling genitoriale e consulenze tematiche realizzati nell'anno dai CpF	17.805
N. Incontri svolti nell'anno dai CpF per attività sostegno relazione bambini-genitore e laboratoriali	5.043
N. Colloqui per Mediazioni di coppia e per Consulenze individuali svolti nell'anno dai CpF	4.832
N. Incontri protetti in Spazio neutro organizzati dai CpF	2.861
Macro livello 3 Servizi per favorire la permanenza a domicilio	
Minori e Ragazzi con sostegno socio-educativo scolastico erogato dai Comuni nell'anno	18.729
Interventi socio-educativi territoriali e domiciliari dei Comuni	11.830
N. persone in assistenza domiciliare con servizi accessori a domicilio (pasti, trasporti, lavanderia)	9.268
di cui persone anziane	6.436
di cui persone con disabilità	2.862
Macro livello 4 Comunità a favore di minori e di persone con fragilità	
Bambini e ragazzi inseriti in comunità residenziali e semiresidenziali	**2.700**
Bambini e ragazzi inseriti in comunità residenziali	**1.958**
% Minori senza genitori	**68,64%**
% accolti in comunità educativa	42,0%
% accolti in comunità madre-bambino	18,0%
% accolti in comunità casa famiglia	10,0%
% accolti in comunità familiare	8,0%
Bambini e ragazzi inseriti in comunità semiresidenziali	**742**
Persone accolte nell'anno dai dormitori delle strutture Caritas	**2.145**
Macro livello 5 Misure di inclusione sociale - sostegno al reddito	
N. nuclei beneficiari nell'anno di contributo economico integrazione del reddito (Comune)	42.101
Pacchi viveri distribuiti a domicilio dalla Caritas diocesana	36.466
Pasti preparati dalle mense Caritas diocesane nell'anno	430.017

Appendice B

Schema contenuto nel Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali del 4 maggio 2015 "Ripartizione delle risorse finanziarie afferenti il Fondo nazionale per le politiche sociali, per l'anno 2015"

MACRO LIVELLO		OBIETTIVI DI SERVIZIO	AREE DI INTERVENTO		
			RESPONSABILITA' FAMILIARI (SINBA)[1]	DISABILITA' E NON AUTOSUFF. (SINA)[2]	POVERTA' ED ESCLUSIONE SOCIALE (SIP)[3]
1	SERVIZI PER L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLA RETE ASSISTENZIALE	ACCESSO[4]	X	X	X
		PRESA IN CARICO[5]	X	X	X
		PRONTO INTERVENTO SOCIALE[6]			X
2	SERVIZI E MISURE PER FAVORIRE LA PERMANENZA A DOMICILIO	ASSISTENZA DOMICILIARE[7]	X	X	X
		SERVIZI PROSSIMITA'[8]		X	X
3	SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA E SERVIZI TERRITORIALI COMUNITARI	ASILI NIDO E ALTRI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA[9]	X		
		CENTRI DIURNI E ALTRI SERVIZI TERRITORIALI COMUNITARI[10]	X	X	X
4	SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE PER LE FRAGILITA'	COMUNITA'/RESIDENZE A FAVORE DEI MINORI E PERSONE CON FRAGILITA'[11]	X	X	X
5	MISURE DI INCLUSIONE SOCIALE - SOSTEGNO AL REDDITO	INTERVENTI/MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA[12]	X	X	X
		MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO[13]	X	X	X

1) Sistema informativo sulla cura e la protezione dei bambini e delle loro famiglie
2) Sistema informativo degli interventi per le persone non autosufficienti
3) Sistema informativo su interventi e servizi sociali a contrasto della povertà e dell'esclusione sociale
4) A titolo esemplificativo: Segretariato sociale, Telefonia sociale, Centri di ascolto tematici, ecc.
5) A titolo esemplificativo: Servizio sociale professionale, Valutazione multidimensionale, Servizio per l'affidamento minori, Servizio per adozione minori, ecc.
6) A titolo esemplificativo: Interventi quali mensa sociale e servizi per l'igiene personale, attivati per offrire sostegno a specifici target in situazioni di emergenza sociale
7) A titolo esemplificativo: Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio, Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari, ecc.
8) A titolo esemplificativo: Servizi accoglienza di adulti e anziani, ecc.
9) A titolo esemplificativo: Asili nido, Spazi giochi, Centri per bambini e famiglie, Servizi e interventi educativi in contesto domiciliare
10) A titolo esemplificativo: Centri per le famiglie, Centri diurni riabilitativi,Laboratori, Centri di aggregazioni sociali, ecc.
11) A titolo esemplificativo: Residenze per anziani, Strutture per disabili, Comunità educativo-assistenziali, ecc.
12) A titolo esemplificativo: Supporto all'inserimento lavorativo, Buoni spesa o buoni pasto, Interventi per senza dimora, ecc.
13) A titolo esemplificativo: Contributi per servizi alla persona, Contributi economici per alloggio, Contributi economici per i servizi scolastici, Contributi economici ad integrazione del reddito familiare, ecc.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2017/705

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

OMISSIS

L'assessore Segretario

Costi Palma

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi